FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 20 Juillet 1909, à 1 heure

PAR

A.-L. REINFLET

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la Pathogénie et du Traitement

DES

TROUBLES EXCRÉTEURS

DES

Voies Lacrymales

Président : M. DE LAPERSONNE, *professeur*

Juges { MM. POZZI, *professeur*
MARION, *agrégé*
AUVRAY, *agrégé*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE, Editeur

15, Rue Racine, 15

1909

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN	M. LANDOUZY
PROFESSEURS	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD / DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM / DIEULAFOY / DEBOVE / LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	DELBET / QUENU / RECLUS / SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD / BAR / RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

De la Pathogénie et du Traitement

DES

Troubles Excréteurs

DES

VOIES LACRYMALES

Nous sommes heureux de trouver ici l'occasion de témoigner publiquement notre reconnaissance à notre excellent Maître M. le Dr R. Jocqs, à qui nous devons l'idée de ce travail.

Nous avons été très touché du sympathique accueil qu'il nous a réservé à nos débuts dans l'ophtalmologie et des nombreuses marques d'affection qu'il nous a données pendant les années que nous avons passées auprès de lui. Nous nous souviendrons toujours avec plaisir du temps où nous avons pu profiter de son savoir et de son expérience. Qu'il nous permette de lui exprimer notre profond attachement et notre affectueuse gratitude.

Dans le cours de nos études, M. le Dr Paul Garat

n'a cessé de nous prodiguer ses conseils éclairés et amicaux. Nous ne saurions assez lui dire notre reconnaissance pour les précieux encouragements qu'il nous a donnés et l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Nous devons enfin remercier M. le Professeur de Lapersonne du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A. R.

AVERTISSEMENT

Notre but n'est pas d'entreprendre l'histoire des multiples affections qui peuvent intéresser les voies lacrymales. C'est surtout au point de vue clinique et thérapeutique que nous envisagerons leurs troubles d'ordre fonctionnel ou infectieux. Il nous a paru, en effet, que la tendance des coutumes chirurgicales à persévérer dans les mêmes voies devenait souvent un obstacle à la constatation de petits faits d'observation journalière et cependant fort intéressants à connaître.

« Actuellement encore, il n'est pas deux auteurs qui s'accordent en tout point sur la nature des maladies des voies lacrymales et sur le traitement qui convient à chacune d'elles. Cette divergence d'opinions, surprenante, au premier abord, pour qui sait de combien d'éléments divers s'est enrichie l'étude de ces affections, s'explique parce que les recherches sur les maladies des voies lacrymales, après avoir joui autrefois d'une très grande vogue, ont été, depuis que Bowman leur a donné son puissant concours, quelque peu négligées, en sorte que la routine a pu régner ici sans partage. » (De Wecker et Masselon. *Manuel d'Ophtalmologie.*)

Nous nous sommes donc proposé de mettre en relief les particularités que nous a révélées la clinique et que nous croyons n'avoir pas été assez remarquées jusqu'ici. Quelques considérations pathogéniques qui en découlent nous semblent avoir une telle importance, en vue du pronostic et du traitement, que, sur les conseils de notre maître M. le Dr Jocqs, nous avons cru utile de les fixer ici.

Il nous paraît toutefois indispensable, pour l'intelligence de ce qui va suivre, de rappeler quelques notions relatives à l'anatomie de l'appareil lacrymal.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES SUR L'ANATOMIE DE L'APPAREIL LACRYMAL

L'anatomie des organes de sécrétion ne nous arrêtera pas longtemps. Notons simplement que la *glande palpébrale* ou glande accessoire de Rosenmüller est seule facilement accessible par sa face inférieure, qui répond en partie à la conjonctive, à laquelle les canaux excréteurs l'unissent intimement. Ceux-ci, orbitaires et accessoires, communs aux deux glandes suivant Sappey, indépendants d'après Gosselin, ou présentant, suivant les sujets et quelquefois sur le même individu, l'une et l'autre dispositions (Tillaux, A. Terson), s'ouvrent toujours dans la partie externe du cul-de-sac conjonctival supérieur, au niveau de la glande palpébrale.

Quant aux organes d'excrétion, il convient d'étudier séparément les voies lacrymales supérieures (points et canalicules) et les voies lacrymales inférieures (sac et canal nasal). En effet, outre leur constitution anatomique si différente, leur rôle dans la pathogénie et l'évolution des affections lacrymales, leur physiologie normale même en font deux organes bien distincts.

Les *conduits* ou *canalicules lacrymaux*, au nombre de deux pour chaque œil, un supérieur et un inférieur, présentent un orifice conjonctival, une partie verticale, une partie horizontale, une portion commune et un orifice commun interne. Les orifices conjonctivaux ou *points lacrymaux*, l'inférieur plus large et plus en dehors que le supérieur, sont tous deux dirigés en arrière, toujours appliqués contre la conjonctive. Ils plongent constamment dans le lac lacrymal et sont maintenus béants par un anneau de tissu conjonctif dur et serré.

La partie verticale, longue de 2 millimètres environ, est dilatée en forme d'ampoule. Celle-ci est souvent divisée, par un rétrécissement, en deux dilatations, l'une faisant suite au point lacrymal, l'autre, en cul-de-sac, siégeant au coude du canalicule et se continuant par la portion horizontale. Cette deuxième partie, longue de 6 millimètres environ, est régulièrement cylindrique. Elle est longée, sur sa face postérieure, par les faisceaux du *muscle de Horner* (dépendance de l'orbiculaire). Ces fibres musculaires ont une direction générale longitudinale, parallèle à la direction du canalicule. A la base du tubercule lacrymal, à la réunion de la portion horizontale avec la portion verticale, ces fibres forment des anses dont la concavité embrasse la base de l'ampoule que forme la portion verticale. Ces anses, multiples et disposées sur tout le pourtour du conduit lacrymal, forment une sorte de sphincter qui, dans les contractions de l'orbiculaire, amènera le

rétrécissement et même l'occlusion complète de la portion du canalicule située au-dessous de lui. La *muqueuse* des conduits lacrymaux est revêtue d'un épithélium pavimenteux stratifié. Son chorion, formé de tissu conjonctif et de fibres élastiques, est doublé par les fibres musculaires de Horner, qui lui forment une sorte de tunique contractile.

Les deux canalicules se fusionnent à 2 millimètres environ du sac lacrymal dans lequel la portion commune s'ouvre un peu en arrière. L'indépendance complète des deux conduits et leur abouchement isolé sont une exception.

Le *sac lacrymal*, de forme cylindroïde, est légèrement oblique en bas, en arrière et en dehors. Il est, en avant, immédiatement en rapport avec le tendon direct de l'orbiculaire et les faisceaux d'origine de ce muscle, qu'il déborde très peu en haut par son cul-de-sac. Sa moitié inférieure, par contre, est située tout entière au-dessous du tendon ; c'est elle que l'on sent ou voit bomber en avant, lorsque le sac, ectasié, est distendu par les larmes, le pus ou le liquide d'une injection.

En dedans et en arrière, le sac est couché dans la gouttière osseuse lacrymo-nasale formée par l'unguis et la branche montante du maxillaire supérieur. En dehors il répond au tendon réfléchi de l'orbiculaire, doublé du muscle de Horner, qui le contourne un peu sur sa face postérieure jusqu'à la crête de l'unguis, sur laquelle il s'insère. Au-dessus et au-dessous de ce tendon, le sac est séparé du *septum orbi-*

tale par une mince aponévrose tendue de la crête de l'unguis à la crête de l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Les conduits lacrymaux perforent cette lame fibreuse qui est considérée par certains anatomistes comme une expansion des tendons de l'orbiculaire. Elle est d'ailleurs séparée de la paroi antérieure du sac par un espace cellulaire peu dense.

Le sac lacrymal se continue en bas par le canal nasal sans qu'aucun caractère extérieur ne révèle à l'œil leurs limites respectives.

Le *canal lacrymo-nasal* est contenu dans un conduit osseux, creusé dans la paroi externe des fosses nasales (maxillaire supérieur, unguis et cornet inférieur). Long de 12 à 16 millimètres, il présente en moyenne un diamètre de 2 à 3 millimètres, un peu plus large en bas qu'en haut. Son orifice inférieur présente de très nombreuses variétés individuelles qui peuvent, dans le traitement du larmoiement, nécessiter l'examen nasal au spéculum.

La *muqueuse* qui tapisse les voies lacrymales inférieures forme des replis nombreux dans lesquels on a voulu voir de véritables valvules. Ils n'ont en réalité qu'une minime valeur anatomique et ne peuvent acquérir d'importance que lorsque, tuméfiés ou œdématiés, ils rétrécissent le calibre des canaux. Chez le nouveau-né, le canal nasal présente un nombre variable de diaphragmes plus ou moins largement perforés, qui disparaissent en grande partie ou même en totalité chez l'adulte. La muqueuse adhère for-

tement au périoste et à l'os par un tissu sous-muqueux, fibreux et inextensible, qui ne permet aucun mouvement de la muqueuse sur le squelette. Elle présente un riche réseau veineux que certains ont considéré, à tort, comme une sorte de tissu érectile, continuant le réseau pituitaire. Au niveau de l'union du sac et du canal nasal, Gurwitch a signalé un bourrelet veineux qui communique avec la veine ophtalmique et le sinus caverneux.

La *muqueuse* du sac et du canal nasal offre les caractères histologiques de la partie respiratoire de la pituitaire, à cela près qu'elle ne présente pas de glandes muqueuses, sinon dans la portion tout à fait inférieure du canal. Elle est revêtue d'un épithélium formé de cellules cylindriques à cils vibratiles et d'un certain nombre de cellules caliciformes reposant sur des cellules basales. Cet épithélium est séparé par une membrane hyaline d'un chorion constitué par du tissu conjonctif et quelques fibres élastiques. Ce chorion muqueux est riche en tissu adénoïde qui se présente soit sous forme d'infiltration diffuse, soit sous forme de follicules lymphatiques.

LE LARMOIEMENT TROUBLE FONCTIONNEL

CHAPITRE I

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA PATHOGÉNIE DU LARMOIEMENT

Parmi les malades qui se présentent à l'oculiste avec du larmoiement, il importe de distinguer ceux qui n'offrent pas de signes *apparents* d'infection et ceux dont les voies lacrymales ont déjà subi manifestement des altérations pathologiques d'ordre infectieux. Ceux-là ont un larmoiement simple, ceux-ci une dacryocystite.

Dans le premier cas, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas de reflux de liquide à la pression du sac, après avoir constaté qu'il n'existe pas d'ectropion, pas de paralysie de l'orbiculaire, que les points lacrymaux sont en place, et éliminé les causes de larmoiement réflexe dépendant de l'état de la conjonctive, de la cornée, des paupières, de la réfraction, des lésions des cavités voisines, de l'état nerveux, etc., on pose généralement le diagnostic de rétrécissement du canal lacrymo-nasal et l'on va aussitôt à sa recherche à l'aide de l'injection et du stylet. Et l'on trouve

généralement ce que l'on cherchait ; car le stylet ne pénètre pas toujours facilement dans un canal anfractueux quoique sain. L'on peut ainsi rencontrer fréquemment un rétrécissement là où, en réalité, il n'y a aucune lésion. Il n'est pas rare en effet de constater la persistance plus ou moins complète de ces diaphragmes perforés que présente le canal nasal des nouveau-nés.

Ceux — et ils sont peu nombreux — qui ne s'obstinent pas à chercher dans le canal lacrymo-nasal une lésion qui n'y est souvent pas, se rejettent sur la glande lacrymale et, avec M. A. Terson, des anciens *rétrécis* font des *hypersécréteurs*.

Des voies lacrymales supérieures, nul n'en parle... ou si peu ! D'ailleurs une bonne incision ou un plus timide mais non moins néfaste débridement a vite fait de résoudre la question.

En résumé, lorsque l'oculiste constate un larmoiement simple avec un point lacrymal normal, il l'attribue soit à une action réflexe, soit à un défaut d'excrétion (rétrécissement nasal), ou encore à un excès de sécrétion.

Cette façon d'envisager le problème est due à ce que la notion de l'infection domine actuellement toute la pathogénie du larmoiement.

L'origine microbienne de presque toutes les affections des voies lacrymales est généralement admise. La cause première réside dans l'infection de la muqueuse. L'obstacle se constitue alors et devient

le point de départ des accidents, créant le larmoiement et entraînant le catarrhe du sac.

L'étiologie nasale a été longuement étudiée et en est considérée comme le facteur principal. Il existe en effet des cas où l'infection ascendante d'origine nasale n'est pas discutable : telles les affections qui envahissent l'orifice inférieur du canal lacrymal et, l'obstruant, occasionnent mécaniquement le larmoiement puis l'infection consécutive. Le lupus des fosses nasales, comme l'ont montré MM. A. Terson et Jaulin (1894), Tavernier (1897), Morax (1898), peut se propager par le canal lacrymal jusqu'au sac et donner lieu à des dacryocystites de nature tuberculeuse.

Loin de nier l'infection ascendante comme cause ordinaire des rétrécissements du canal lacrymal et des dacryocystites, nous croyons au contraire qu'elle est la règle, même en dehors de toute affection nasale aiguë, concomitante ou antérieure, lorsque l'infection des voies lacrymales *suit* ou *accompagne* le larmoiement.

Mais nous croyons pouvoir affirmer que, dans la grande majorité des cas, le larmoiement simple *au début*, c'est-à-dire la première manifestation de toute la succession des états lacrymaux, ne reconnaît point pour cause l'infection ascendante, le rétrécissement du canal nasal. Celui-ci n'est qu'une complication, la conséquence fatale de suppression du cours des larmes et de son action antiseptique, peut-être chimique, mais surtout mécanique.

La cause doit être cherchée plus haut, dans les voies lacrymales supérieures, dont l'exploration méthodique permettra des constatations du plus grand intérêt. On ne pense pas assez, lorsqu'on parle du larmoiement simple, aux rapports intimes qui existent entre le muscle de Horner et les voies lacrymales supérieures, dans toute leur étendue. Nous avons vu que ses fibres doublent toute la muqueuse du canalicule et même, en certains points, notamment au niveau de l'ampoule du coude du conduit, forment des anses qui l'entourent complètement à la manière d'un sphincter. Il résulte de ces dispositions anatomiques que les contractions de ce muscle font varier les dimensions du canalicule, non seulement dans son calibre, mais encore dans sa longueur. Il agit en même temps sur la position du point lacrymal qu'il maintient appliqué contre la conjonctive. Le clignement, produit par la contraction simultanée de l'orbiculaire et du muscle de Horner, a donc pour conséquence non seulement de faire cheminer les larmes à la surface de l'œil vers le lac lacrymal, mais encore de les y puiser, par les variations de calibre du canicule et de ses ampoules, et de les amener jusque dans le sac, par le raccourcissement et la contraction de ce même conduit. Le muscle de Horner joue donc le rôle d'une pompe aspirante et foulante en même temps qu'il conserve aux organes une position correcte. Du sac, les larmes descendent dans la fosse nasale soit par le fait de la pesanteur, soit poussées par la *vis à tergo*, soit attirées par

l'aspiration nasale, ou même probablement par la combinaison de ces trois phénomènes, la rigidité du canal lacrymal permettant ces trois modes de progression.

On conçoit aisément que le moindre trouble apporté à cette fonction si importante du muscle de Horner puisse provoquer du larmoiement. Que sa contractilité soit modifiée par une cause quelconque, due à un trouble dans son innervation ou par irritation de voisinage, il en résulte une immobilisation des parois du canalicule et le cours des larmes est intercepté. S'il pèche par parésie, outre la flacidité du conduit, il se produira une déviation du point lacrymal qui compliquera encore la situation. Et cependant cette éversion ne crée pas nécessairement le larmoiement ; elle ne se produit qu'après, lorsque l'atonie du muscle s'est accentuée à un degré qui ne lui permet plus de maintenir, par sa tonicité normale, le point lacrymal en place. On verra plus loin la confirmation de cette opinion, lorsque nous parlerons du traitement de l'éversion.

De même, si la tonicité du muscle de Horner est exagérée, s'il est contracturé, il se produira du larmoiement par un phénomène identique, l'immobilisation des parois canaliculaires. Mais ici l'affection se compliquera d'un rétrécissement : soit partiel, et siégeant en un point quelconque du conduit, depuis l'orifice conjonctival jusqu'à l'embouchure commune ; soit total, et intéressant tout le canalicule dont le calibre sera uniformément diminué. Ce rétrécisse-

ment, qui peut aller de l'occlusion à peu près complète à une perméabilité presque normale, n'est pas lui non plus l'origine du larmoiement. Il est un second effet de la même cause et ne le crée pas.

En restituant au muscle de Horner, par des procédés différents suivant l'un des deux états envisagés, sa tonicité et sa contractilité normales, on supprime, en même temps que le larmoiement, l'éversion orificielle dans le premier cas, le rétrécissement canaliculaire dans l'autre.

Ce larmoiement simple initial, que nous appellerons *musculaire* pour bien marquer son origine, aboutit toujours, lorsqu'il n'est pas traité, au même résultat, à savoir : l'infection par voie ascendante. Dans un premier stade, il n'existe qu'un larmoiement simple :

a) Par *parésie*, avec éversion plus ou moins accusée du point lacrymal ;

b) Par *contracture*, avec rétrécissement variable du canalicule.

Dans un second stade, l'état s'accentue :

a) La légère éversion est devenue ectropion ;

b) La contracture a pu aboutir à une sténose très marquée ou même à une obstruction complète.

Jusqu'ici nous n'avions que des phénomènes d'ordre mécanique engendrés par l'état musculaire. Mais les signes de l'infection ne vont pas tarder à se manifester, et dans un troisième stade, nous aurons, dans les deux variétés, un canal lacrymo-nasal rétréci.

Puis, l'inflammation septique envahissant de proche en proche, nous constaterons, dans une quatrième période, le catarrhe du sac, muqueux au début et plus tard muco-purulent ou même franchement purulent. En même temps, la muqueuse, profondément altérée, laissera envahir les tissus environnants et la tumeur lacrymale sera réalisée.

A cette période de l'infection il est impossible de reconnaître le début de la maladie. La dacryocystite est l'aboutissant commun de toutes les affections des voies lacrymales. Cependant il n'est pas rare de rencontrer, avant toute altération du sac, en même temps qu'un rétrécissement nasal, une sténose très marquée ou même une obstruction complète du canalicule, le plus souvent au niveau de la portion commune. La contracture de ce conduit est encore assez fréquemment constatable à ce moment, bien que quelquefois elle ait déjà disparu.

Quant au larmoiement simple *d'origine inférieure*, par rétrécissement primitif du canal lacrymo-nasal, nous estimons qu'il est une rareté. D'ailleurs, dans les cas où l'on ne rencontre qu'un rétrécissement nasal, il n'est pas prouvé que le *primum movens* n'ait été une modification de la contractilité des fibres canaliculaires du muscle de Horner. Ce trouble fonctionnel, interceptant le cours des larmes un temps suffisamment long pour favoriser l'infection ascendante, a pu s'atténuer ou même disparaître totalement lorsque celle-ci a été réalisée. L'incision ou le débridement, que l'on a l'habitude de pratiquer

avant l'exploration au stylet, supprime toute possibilité de le constater. Un seul cathétérisme dilatateur suffit d'autre part, le plus souvent, pour le faire disparaître et c'est lors du premier examen qu'il faut le rechercher ; après il est trop tard. Avec quelques précautions, on le trouvera assez fréquemment dans les cas de larmoiement où l'infection ne se traduit que par un rétrécissement du canal nasal.

Le Dr G. Gellé, cité dans le rapport de MM. De Lapersonne et Rochon-Duvigneaud au *XIVe Congrès international de Médecine de Madrid* (23-30 avril 1903), a trouvé, sur les malades fréquentant la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, des fosses nasales absolument normales dans 30 o/o des cas, des déviations de la cloison (lésion banale) dans 30 o/o, de la rhinite hypertrophique dans 30 o/o, des lésions diverses (syphilis, ozène, etc.) dans 10 o/o. « L'hypertrophie du cornet inférieur, dit-il, paraît donc être la lésion qui a le plus souvent *coïncidé* avec le larmoiement. » Mais jamais il n'a rencontré de lésions aiguës, et d'autre part, dans sa pratique rhinologique privée, sur 200 cas de lésions nasales diverses dont beaucoup de cas de rhinite hypertrophique, il n'a noté qu'un seul cas de larmoiement unilatéral. « Donc, ajoute-t-il, le rôle de la rhinite hypertrophique dans la genèse du larmoiement est discutable... Nous voyons qu'à des infections nasales aiguës (de causes diverses) peuvent succéder des infections du canal nasal allant jusqu'au sac ; l'infection nasale disparaît et l'infection lacrymale persiste seule pour une

cause encore à trouver. » Cette affection lacrymale se manifesterait souvent, longtemps après que l'affection nasale primitive aurait disparu. « A l'heure actuelle, dit-il encore, *la période de début nous échappe :* c'est par l'association de la rhinologie à l'ophtalmologie que l'on arrivera à saisir le moment d'une action efficace. »

L'étiologie nasale du larmoiement est loin d'être la règle, et l'on invoque souvent d'ailleurs pour la soutenir des prédispositions anatomiques. Les troubles fonctionnels des canalicules ne seraient-ils pas plutôt, dans la majorité des cas, la cause efficiente du larmoiement et la cause prédisposante de l'infection ?

Quoi qu'il en soit, tout le monde s'accorde pour reconnaître l'importance qu'il y a, avant de traiter un larmoiement, à se rendre un compte aussi exact que possible de l'état de l'appareil excréteur. Nous croyons que ces notions sur la pathogénie des états lacrymaux peuvent apporter une aide efficace dans cette recherche et, par suite, guider la thérapeutique du larmoiement. Plus celui-ci sera près de sa période de début, plus l'intervention sera simple et plus le pronostic favorable.

CHAPITRE II

LARMOIEMENT PAR PARÉSIE DES CANALICULES

L. musculaire parétique

Dans sa thèse sur *l'Ectropion non cicatriciel* (pathogénie et traitement, Paris, 1896), le Dr Roques établit que la parésie est la cause initiale de tout ectropion chronique. L'éversion du point lacrymal en est le premier degré. Celle-ci existe dès que « par l'inspection directe, sans qu'il soit nécessaire de faire basculer le tarse en dehors », on peut apercevoir cet orifice, normalement invisible.

Cette parésie progressive de l'orbiculaire commence par les faisceaux du muscle de Horner. Dès le début, on voit apparaître le larmoiement, « par suite, dit le Dr Roques, de l'aplatissement des canalicules et de la projection en avant des points lacrymaux ». Les voies lacrymales ont cependant conservé toute leur perméabilité, et ce n'est pas tant l'aplatissement du canalicule qui cause le larmoiement que l'inertie de ses parois. Le débordement des larmes apparaît progressivement et même, au début, il ne se produit que d'une façon intermittente et irrégulière ; car le

muscle a conservé en partie sa contractilité. On peut en effet constater déjà ce larmoiement avant que le point soit devenu inapte à sa fonction, et tandis qu'il possède encore des rapports suffisants pour lui permettre de puiser les larmes dans le lac lacrymal. L'orifice supérieur conserve d'ailleurs toujours ses rapports normaux. Il est en effet curieux de constater que dans toutes les affections qui intéressent les voies lacrymales supérieures seules, dès que le conduit inférieur devient insuffisant, le fonctionnement de tout l'appareil est entravé, et inversement que le rétablissement de son rôle fait aussitôt tout rentrer dans l'ordre. Le canalicule supérieur, lui, est toujours complètement négligé. Faudrait-il donc en conclure que le conduit inférieur suffit à la tâche impartie aux deux organes ? Nous ne le croyons pas. Les deux canalicules deviennent insuffisants en même temps, et l'intervention qui guérit l'un exerce du même coup ses effets sur l'autre.

A l'appui de sa théorie parétique de l'éversion et de l'ectropion, le Dr Roques fait remarquer que l'action du traitement qu'il propose, les *cautérisations verticales*, « s'exerce quelquefois rapidement, *avant l'action cicatricielle* ».

OBSERVATION I

(*In* thèse Roques)

Ernestine P..., trente-sept ans, présente une déviation de l'angle interne de la paupière de l'œil droit. Le point lacry-

mal est très nettement perceptible, car il regarde directement en dehors.

Larmoiement datant depuis deux ans. Deux raies de feu sont faites sur l'angle interne et *immédiatement* après, le point lacrymal s'est tellement redressé qu'il a presque complètement disparu.

Bien plus, non seulement l'intervention peut produire son effet immédiatement, par un phénomène d'excitation locale, mais encore il arrive qu'elle agisse à distance. A preuve cette autre observation du même auteur, où une cautérisation unilatérale guérit, outre l'ectropion traité, un ectropion qui existait à l'autre œil et que l'on n'avait pas touché.

OBSERVATION II

(*In* thèse Roques)

Mme Marie G... est atteinte, en juillet 1895, de larmoiement avec conjonctivite lacrymale ; en septembre, elle présente un ectropion double complet. Des cautérisations d'après notre procédé sont faites sur l'œil droit et, quatre jours plus tard, la paupière est tout à fait relevée.

La guérison est définitive au bout de douze jours, lorsque la cicatrisation est complètement terminée. Nous n'avons eu l'occasion de revoir cette malade qu'en novembre et nous avons pu constater que non seulement l'œil qui a été cautérisé s'est maintenu dans la guérison mais que l'ectropion de l'œil gauche, sur lequel aucune intervention n'avait été faite et qui était tout aussi intense que celui de l'œil droit, avait lui-même complètement disparu.

Il est probable que cette terminaison favorable est une guérison sympathique pouvant s'expliquer par une action réflexe.

La plupart des auteurs (Trousseau, Terrier, Delpech, Nélaton) attribuent l'effet des cautérisations à la rétraction cicatricielle. Cette action purement mécanique n'expliquerait guère les cas comme celui de l'observation précédente. Cette hypothèse n'est pas davantage compatible avec le fait du redressement *immédiat*, que l'on observe d'une façon presque constante, surtout dans la simple éversion et après une seule cautérisation.

OBSERVATION III

(*In* thèse Roques)

Elvire C..., trente-sept ans, se plaint de larmoiement et de picotements dans les yeux. Nous constatons qu'il existe un peu de conjonctivite avec une éversion du canalicule de chaque côté.

Une injection est faite dans le conduit lacrymo-nasal et le liquide passe complètement.

Une seule cautérisation verticale est faite dans toute la hauteur de la paupière qui correspond au canalicule et *immédiatement* après l'opération faite dans les deux paupières, le point lacrymal s'est déjà fortement relevé et, du côté gauche, il est nécessaire de faire basculer le tarse en dehors pour l'apercevoir.

Le lendemain, le larmoiement avait déjà considérablement diminué ; cinq jours après, il n'existait plus.

OBSERVATION IV

(*In* thèse Roques)

Ernestine P..., trente-sept ans.

Larmoiement de l'œil droit datant de plusieurs années. Le conduit lacrymo-nasal est libre.

Il existe une légère déviation du canalicule.

Nous faisons deux cautérisations verticales et le point lacrymal, *immédiatement* après l'opération regarde en dedans.

Guérison.

Les modifications apportées par le traitement à l'innervation défectueuse de la paupière avaient été déjà signalées par Cusco. Il avait remarqué qu'il s'agissait souvent d'un effet purement nerveux et l'expliquait par une modification de l'état spasmodique. Nous verrons plus loin que cette explication peut s'appliquer à d'autres états du canalicule. Mais ici, avec le Dr Roques, nous pensons que « l'effet produit est dû à une modification de l'élément *parétique* et non spasmodique ».

L'application de ce traitement, d'une efficacité remarquable, est des plus simples. Nous ne saurions mieux faire que citer de nouveau le Dr Roques, qui en a si bien fixé le manuel opératoire.

Traitement

Après l'anesthésie de la muqueuse à la cocaïne, « au moyen d'un petit tampon de coton hydrophile

ou d'une compresse sèche, un aide abaisse la paupière du côté de la joue aussi complètement et énergiquement que possible, en attirant en bas le bord libre, de telle sorte qu'elle ne puisse s'échapper et qu'elle reste pour ainsi dire fixée durant tout le temps de l'opération... On porte le couteau à la température du rouge ordinaire, température qu'on maintient constante... Il est indispensable, pour obtenir un effet bien net, que ces cautérisations verticales partent du fond du cul-de-sac conjonctival et aboutissent à l'extrémité du bord libre, en un mot qu'elles tiennent toute l'étendue de la paupière ; on repasse ensuite le couteau dans l'incision première de manière à obtenir une perte de substance assez profonde pour que la rétraction cicatricielle consécutive soit assez puissante pour amener le redressement... Dans les cas si fréquents de simple éversion du canalicule, il suffira d'une seule raie verticale allant du fond du cul-de-sac conjonctival jusqu'au point lacrymal, pour que ce point soit complètement redressé et puisse puiser les larmes dans le lac lacrymal ».

Dans le larmoiement par simple déviation en dehors où il ne s'agit que d'une parésie du muscle de Horner, l'action chirurgicale n'a pas besoin d'être aussi complète. La cautérisation de la muqueuse suffit en effet à elle seule. Il faut toutefois avoir soin de ne pas intéresser le canalicule et son orifice, car il pourrait en résulter une sténose ou même une obstruction cicatricielle contre laquelle on n'aurait plus aucun recours.

Les cas justiciables de cette intervention « sont excessivement fréquents, ajoute le Dr Roques. Il existe, beaucoup plus qu'on ne croit, des larmoiements par simple éversion ». Oui, disons-nous, mais plutôt par simple *parésie ;* de même qu'il en existe aussi, beaucoup plus qu'on ne croit, par simple contracture des mêmes éléments musculaires.

Il est un cas de larmoiement intermittent par éversion, avec voies lacrymales normales, qui peut dérouter si l'on n'est pas prévenu. C'est celui qui se produit chez certains sujets faisant usage d'un pince-nez mal adapté ou s'obstinant à porter un monocle incompatible avec la conformation de leur face. Le choix d'une monture appropriée et l'abandon du monocle supprimeront cette éversion artificielle.

CHAPITRE III

LARMOIEMENT PAR CONTRACTURE DES CANALICULES

L. musculaire spasmodique

Les troubles moteurs du muscle de Horner peuvent donc se présenter sous un second aspect, la *contracture*. Les effets sur le canalicule sont faciles à prévoir : d'une part, spasme des fibres circulaires, surtout abondantes au niveau du coude, et, d'autre part, raccourcissement des fibres longitudinales, régnant tout le long de la partie horizontale et de la portion commune, jusqu'à l'embouchure. Il en résulte un rétrécissement régulier, un étranglement au-dessous du point lacrymal, un effacement des dilatations ampullaires, sténose qui peut aller jusqu'à l'occlusion. Au delà, c'est surtout un tassement, pouvant former des replis de la muqueuse, appuyant l'éperon qui sépare les deux conduits contre l'origine de la portion commune, une diminution de longueur de celle-ci dont les parois, attirées surtout en arrière, viennent se rencontrer en se plissant et peuvent prolaber en quelque sorte à l'intérieur du sac, sur

une partie tout au moins du pourtour de l'orifice et particulièrement sur la partie antérieure.

Ces phénomènes éclairent les faits de la clinique. Suivant les variétés anatomiques individuelles, on pourra rencontrer le tableau complet, ou simplement l'une des deux dispositions à l'exclusion de l'autre, ou encore la prédominance de l'une sur l'autre.

Certains ne présenteront guère qu'une étroitesse, très marquée et difficile à vaincre, de la portion initiale du canaliculé, spasme pouvant intéresser, suivant les sujets, le point lacrymal lui-même. Chez d'autres, et ce sont les plus nombreux, la contracture manifestera ses effets au niveau de la portion commune, au confluent et surtout à l'orifice commun.

Quant à la cause de cette contracture, outre le rhumatisme qu'on pourrait invoquer, elle peut résider dans une irritation ou une lésion des filets nerveux se rendant à ce muscle. Ce serait encore un spasme réflexe par lésion de voisinage et dépendant d'affections oculaires, conjonctivales ou cutanées. Nous croyons aussi que le nervosisme de certains sujets crée une prédisposition qui n'est pas à négliger. Elle reconnaîtrait alors une origine hystérique ou psychique. Cependant, dans nombre de cas, nous pensons que l'on doit envisager la possibilité d'une irritation locale, due à la pénétration dans les canalicules de corps étrangers ténus, débris de cils, poussières, etc. Ces derniers peuvent ainsi agir par leur

simple présence. D'autre part, leur séjour prolongé ou plus simplement leur passage dans ces voies étroites peuvent produire de légères érosions de la muqueuse, lésions suffisantes pour provoquer et entretenir la contracture. Nous savons d'ailleurs que des lésions insignifiantes, comme les fissures de l'anus, peuvent être l'origine de contractures analogues du sphincter anal. Dans les deux cas, il s'établit un cercle vicieux, une lésion entretenant l'autre et réciproquement. La similitude dans la pathogénie de ces deux affections est d'ailleurs confirmée par l'efficacité du même traitement. La *dilatation*, telle que nous la pratiquons, amène une guérison immédiate et par une seule intervention, si elle est bien faite.

Le larmoiement de cette variété n'est pas dû à une obstruction du canalicule. On ne rencontre pas en effet, durant l'opération, d'obstacle à la progression du stylet, si ce n'est une constriction assez prononcée ; et la dilatation peut s'effectuer sans que le point lacrymal soit le moins du monde teinté de sang.

Il n'est pas dû non plus, croyons-nous, à l'insuffisance du calibre du conduit. Car il est des cas où les voies lacrymales sont encore perméables à un degré suffisant pour permettre le passage des larmes. La dilatation fait cesser le larmoiement du jour au lendemain et le guérit d'une façon durable. On ne peut guère invoquer pour expliquer ce résultat l'augmentation du calibre produite par l'intervention.

Car, si le canalicule et son orifice ont subi de ce fait un certain degré d'ectasie, celle-ci n'est que momentanée et n'est plus appréciable déjà au bout de quelques jours. D'ailleurs, le peu de consistance des parois du conduit rendrait cette augmentation inutilisable. La comparaison n'est pas possible avec ce qui se passe pour l'urètre, car l'écoulement des larmes ne se fait guère qu'à l'état d'un suintement et non sous pression, comme l'urine chassée abondamment par la contraction de la vessie.

Nous ne croyons guère non plus à une hypersécrétion primitive de la glande lacrymale, et les nombreux larmoiements qualifiés hypersécrétoires ressortissent, à notre avis, de la dilatation du canalicule. Nous avons vu en effet beaucoup de malades aux voies lacrymales perméables — auxquels M. A. Terson n'aurait pas manqué de faire l'ablation de la glande palpébrale — guérir à la suite d'un simple cathétérisme horizontal dilatateur. Nombreux sont les cas que nous avons traités et vu traiter par la méthode que nous préconisons, et jamais nous n'avons constaté d'hypersécrétion réelle. Elle peut, il est vrai, exister d'une façon relative, non dans les cas de contracture complète où le canalicule n'évacue plus rien, mais lorsque seulement la contractilité des fibres de Horner ne s'exerce plus d'une façon normale, lorsqu'elle tend vers le spasme ou vers l'atonie. La perméabilité est alors à peu près normale, mais le passage des larmes dans les voies inférieures ne se fait plus qu'insuffisamment. Il y a

hypersécrétion relative. Au lieu de recourir à l'ablation ou à la destruction de la glande lacrymale, il suffit de dilater le conduit. L'action curative sera efficace de toute façon, l'intervention ramenant le muscle à sa tonicité normale. Il peut même arriver que l'on prenne pour des hypersécréteurs des contracturés plus marqués que ceux dont nous venons de parler, soit parce que l'état spasmodique sera pris pour une étroitesse physiologique du conduit, soit parce qu'il aura passé inaperçu, du fait de la petite intervention, débridement ou dilatation du point lacrymal, qui aura précédé l'exploration de la perméabilité, et qui peut suffire, parfois, à faire disparaître la contracture.

Le larmoiement est dû, dans tous ces cas, à l'*immobilisation* des parois canaliculaires.

Cet état spasmodique peut, d'autre part, se reproduire à une échéance plus ou moins lointaine chez le même sujet. Il cède d'ailleurs d'une façon aussi remarquable au même traitement que la première fois. Ou bien encore, il s'établit des deux côtés, soit simultanément, soit successivement. Ici, il semble que la prédisposition névropathique du sujet joue un certain rôle.

Enfin, il peut passer à l'état chronique. Il se maintiendra tel qu'au début, parfois pendant une période assez longue et sans entraîner d'autres désordres qu'une conjonctivite assez légère et résistant à tout traitement. Si l'on intervient à temps, c'est-à-dire alors que les fibres musculaires n'auront pas encore

subi d'altérations dégénératives, la simple dilatation amènera une guérison parfaite et permettra la disparition des troubles conjonctivaux. Cependant, la persistance prolongée de la contracture entraînera des lésions définitives des canalicules, rendant le pronostic moins favorable. Nous les examinerons un peu plus loin.

Diagnostic et traitement

Voici comment nous procédons, lorsque, après avoir écarté toute cause d'erreur par un examen détaillé du malade, l'exploration des voies lacrymales a été décidée. Il n'y a pas de refoulement à la pression, pas de tumeur lacrymale, pas d'infection apparente ; en un mot pas de dacryocystite.

L'instillation d'une goutte d'un collyre à la cocaïne à 1 o/o est souvent utile. Elle permet, en atténuant la sensibilité de la conjonctive et du point lacrymal, une docilité plus grande de la part du patient et une exploration plus facile et plus sûre pour l'opérateur.

La position normale des orifices canaliculaires ayant été constatée auparavant, une main attire la paupière en dehors et la maintient légèrement éversée. A l'aide d'un fin stylet conique, introduit d'abord verticalement, on dilate modérément le point lacrymal inférieur, juste assez pour permettre l'admission de la canule capillaire de la seringue d'Anel. Une première injection est poussée. Nous employons à

cet effet la solution physiologique de Na Cl. Nous pouvons avoir dès à présent des renseignements fort utiles :

1° Le liquide s'écoule limpide par le nez et ne revient que très peu ou pas du tout par l'un ou les deux canalicules ;

2° Le liquide ressort limpide, à la fois par les deux canalicules et par le nez. Dans ces deux cas, il n'existe aucun obstacle. La pression que l'on est obligé d'employer, la comparaison entre l'écoulement nasal et ce qui revient par les conduits permettront d'apprécier le degré de perméabilité ;

3° Le liquide reflue en totalité par le canalicule inférieur. Il existe par conséquent un obstacle qui supprime la communication avec le conduit supérieur et les voies inférieures. Il siège au niveau du confluent, ou même plus près du point lacrymal ;

4° Le liquide revient en totalité, limpide et sans distendre le sac, à la fois par les deux canalicules. L'obstacle siège soit dans la portion commune, soit dans le canal nasal et, dans ce dernier cas, le sac n'est pas infecté, du moins manifestement ;

5° Le liquide, passant ou non par le nez, reparaît en entraînant des mucosités, du muco-pus, ou soulève la paroi antérieure du sac. On pourra apprécier ce dernier signe, si on ne le voit pas, en maintenant un doigt appliqué sur la région pendant qu'on pousse l'injection, ou encore en la comprimant ensuite et en vidant le contenu par la pression. Il y a ici

infection manifeste du sac. Le larmoiement passe pour le moment au second plan. Nous avons affaire à une dacryocystite.

Dans les quatre premiers cas, les seuls qui nous intéressent actuellement, puisque seuls ils constituent des larmoiements simples, nous entreprenons *systématiquement* la dilatation du canalicule inférieur et nous bornons là notre première intervention. Jamais de cathétérisme complet avant d'avoir la *certitude* d'un obstacle nasal. Le stylet, en aucun cas, ne doit aller à la recherche d'un rétrécissement nasal, il va le trouver quand il sait où il est.

Reprenant alors le premier stylet qui a servi à la dilatation du point, on renverse la paupière en l'attirant fortement du côté temporal de façon à la tendre et à effacer le tubercule lacrymal. On introduit le stylet en lui imprimant un mouvement de rotation suivant son axe et on le pousse vers le sac, dans une direction strictement parallèle au bord libre de la paupière toujours bien tendue. On le retire par simple traction. On acquiert par ce premier cathétérisme des indications sur l'énergie de la constriction exercée par le muscle de Horner et sur le siège éventuel d'une obstruction.

Aussitôt après, on introduit, et de la même façon, l'extrémité la plus mince d'un stylet biconique de Weber ou mieux de Liebreich. Ce dernier, lisse et non gradué, glisse mieux et risque moins de léser la muqueuse. On pousse ce stylet jusqu'au moment

où l'on a la sensation du contact avec la paroi de la gouttière lacrymale. On le retire alors par simple traction et, le retournant, on dilate de nouveau à l'aide de l'autre extrémité, plus grosse.

Avec un peu d'habitude, on arrive très vite à interpréter d'une façon satisfaisante les sensations éprouvées. Il faut toujours avoir bien soin de tendre suffisamment le bord libre de la paupière de façon à effacer, avec le tubercule lacrymal, le coude du canalicule et les replis muqueux de ce dernier. Cette extension du conduit, outre qu'elle évite les fausses routes exerce une action incontestable au point de vue curatif, par l'élongation des fibres musculaires, longitudinales, au même titre que la dilatation elle-même. Afin de mieux assurer les doigts qui tendent la paupière, il est bon d'empiéter un peu sur la ligne d'implantation des cils et d'interposer une mince couche de coton sec ou une petite compresse. Le stylet fin, qui a servi le premier, ne doit pas être trop audacieux dans son intervention, en raison de son extrémité aiguë. S'il rencontre un obstacle, il doit s'arrêter et ne pas trop chercher à le vaincre ; car il pourrait notamment dilacérer un repli muqueux au lieu de l'effacer. Son rôle est d'ailleurs terminé lorsqu'il a produit une dilatation suffisante pour introduire le stylet biconique. Celui-ci, à pointe obtuse, peut être manié avec plus d'assurance. Son diamètre plus considérable lui permet d'effacer les replis et reliefs susceptibles de l'être. Cependant, s'il rencontre un

obstacle absolu, et si l'on est *assuré* d'être dans la bonne voie, il doit le vaincre.

La dilatation étant terminée, une deuxième injection est poussée avec la seringue d'Anel armée de sa grosse canule conique. Si l'on a des raisons de croire que la précédente intervention a produit quelque solution de continuité, il faut être très prudent et aller avec beaucoup de douceur. Au besoin même, on renverra cette irrigation à une autre séance, lorsque par exemple on aura eu à commettre quelque effraction.

Si le liquide passe bien, *le malade est guéri.* Il suffit de le renvoyer en lui prescrivant un collyre au sulfate de zinc à 0,50 o/o.

Si l'injection ne passe pas ou si elle passe trop mal, nous pratiquons un deuxième cathétérisme horizontal avec un stylet numéro 2 à bout olivaire. Celui-ci n'a pas tant pour effet de dilater que d'explorer ; il est conduit très aisément dans le canalicule ; il ne devient dilatateur que par son extrémité, plus volumineuse que la pointe du stylet biconique, et seulement, lorsqu'elles sont rétrécies, au niveau de la portion commune et de l'embouchure, qui ont eu à subir un effort moindre que le reste du canalicule. Cette variété de sténose de l'embouchure est d'ailleurs assez fréquente et l'on éprouve au cathétérisme une sensation très particulière, assez comparable à celle que donne le rétrécissement urétral. L'explorateur subit tout d'abord un arrêt ; puis, si l'on pousse un peu plus, un brusque ressaut : l'olive est passée ; on sent le

stylet serré au niveau de son collet et solidement maintenu ; il faut un nouvel effort, en le retirant, pour dégager l'olive qui ressort brusquement comme elle est entrée.

Généralement, lorsqu'il ne s'agit que d'une sténose de l'embouchure par contracture, cette dilatation suffit et l'injection passe très bien ensuite. Le malade sera guéri.

Mais il peut arriver que le stylet arrive sans encombre, ou après avoir dilaté une sténose, jusque sur la gouttière lacrymale et que l'injection ne passe pas ou très mal ensuite. Il ne faut pas encore trop se hâter de conclure à un rétrécissement ou une obstruction du canal nasal. Nous verrons un peu plus loin que certaines lésions du canalicule peuvent offrir ce phénomène paradoxal d'être perméables au stylet et imperméables aux liquides. Dans tous les cas, nous ne saurions parler de ce rétrécissement dès maintenant.

Une troisième éventualité peut se présenter : le stylet, étant arrivé jusque dans le sac, communique la sensation qu'il entraîne un poids avec lui et qu'un obstacle est interposé entre son extrémité et la paroi interne. L'injection consécutive ne passe pas. Il y a obstruction de l'embouchure. Nous examinerons cette variété, avec les autres obstructions du canalicule, dans le chapitre suivant.

Certains trouveront sans doute cette méthode peu expéditive et méticuleuse. D'abord, il est aisé de ne pas tout faire en une seule séance et cela nous arrive

quelquefois, surtout avec des sujets impatients et peu dociles. Puis l'essentiel est de guérir, non d'aller vite. Cette manière d'agir, en retour, a pour elle de nombreux et inappréciables avantages. Elle est à la fois thérapeutique et exploratrice. Elle est logique et prudente. Elle ne cause aucun dégât et ne fait rien d'irréparable. Elle évite de très nombreux cathétérismes intempestifs. Combien de rétrécissements et d'occlusions du canal nasal ne crée-t-on pas de toute pièce par ces sondages qui veulent être explorateurs ou curateurs ? Car un cathétérisme n'a pas besoin d'être maladroit pour être nuisible.

En outre, alors même que la dilatation n'atteint pas son but thérapeutique sur des voies lacrymales qui ne souffrent que d'un rétrécissement nasal, elle fournit la précieuse certitude de cet embarras nasal et permet l'intervention nécessaire, tout en *respectant l'intégrité* des voies supérieures. Pas d'incision barbare, pas de débridement aussi préjudiciable, qui, en sectionnant le canalicule en tout ou partie en même temps que les fibres du muscle de Horner, le rendent inapte à sa fonction de captation et de conduction. Le débridement du point lacrymal est-il donc indispensable, comme on le croit généralement, pour passer les cathéters d'un diamètre utile ? Nous répondrons catégoriquement : non. Nous avons pu introduire, par des canalicules *dilatés*, des stylets allant jusqu'au numéro 6. Quand donc est-il nécessaire d'user d'un calibre supérieur ? Les numéros 2, 3 et 4 suffisent ordinairement. On les introduit très aisément

sans la moindre intervention sanglante. Nous ne nous servons jamais, d'une façon générale, du couteau de Weber. A peine faisons-nous une exception lorsqu'il y a *urgence* à évacuer une collection septique du sac et à désinfecter des voies lacrymales suppurantes, à la condition toutefois que l'incision cutanée ne soit pas permise. On voit que l'indication est rare.

D'autre part, le débridement du point lacrymal et le cathétérisme nasal explorateur peuvent avoir un effet curateur certain sur ces états spasmodiques. C'est de cette façon que l'on croit souvent avoir guéri un larmoiement par rétrécissement nasal à l'aide d'un ou de quelques sondages. L'inutilité de ce cathétérisme précoce, souvent nuisible, toujours dangereux, devient évidente pour tous les cas où la dilatation horizontale doit suffire. On sera toujours à temps de le pratiquer lorsque, ayant reconnu la voie libre en haut, on saura que l'obstacle siège nécessairement en bas. Et quant au débridement, s'il peut parfois faire cesser la contracture par son seul effet, il compromet toujours le fonctionnement normal de l'organe par la section d'une partie de sa musculature et par les dimensions trop grandes qu'il donne à l'orifice, ouverture qui n'est plus alors en rapport avec la puissance de l'appareil. Ici, comme pour le sphincter anal, *la dilatation*, *non la section*, est l'opération de choix.

Voici quelques observations que nous avons recueillies parmi les nombreux cas de larmoiement

musculaire spasmodique que nous avons rencontrés.

1° STÉNOSE DES POINTS LACRYMAUX

OBSERVATION V

Mme P..., trente-huit ans, n° 25.393, 2 mars 1906.

Larmoiement simple à gauche. L'injection passe très faiblement. Point lacrymal très étroit.

Après dilatation du canalicule, elle passe parfaitement.

OBSERVATION VI

M. V..., trente-quatre ans, n° 27.544, 18 juin 1907.

Larmoiement simple bilatéral depuis quatre ans. Conjonctivite. Points lacrymaux très étroits. Dilatation des canalicules. L'injection passe très bien ensuite.

Sulfate de zinc contre conjonctivite.

Guérison.

OBSERVATION VII

M. B..., vingt-trois ans, n° 27.606, 28 juin 1907.

Larmoie depuis un an et demi environ.

Atrésie apparente des points lacrymaux : ceux-ci sont extrêmement rétrécis et l'on se demande même un moment s'ils existent. Dilatation des points lacrymaux à l'aide du stylet conique. Le reste des voies lacrymales est bien perméable.

OBSERVATION VIII

M^lle B..., quarante-cinq ans, n° 28.519, 9 janvier 1908.

L'œil droit larmoie depuis six semaines environ. L'œil gauche pleure aussi depuis une quinzaine, mais moins que l'œil droit. Malade très nerveuse.

Le point lacrymal inférieur droit est très étroit. Le stylet conique pénètre difficilement. Dilatation très laborieuse de la moitié externe du canalicule.

L'injection passe ensuite très bien.

OBSERVATION IX

(*Récidive*)

M^lle B.., dix-neuf ans, n° 29.338, 24 juin 1908.

L'œil gauche larmoie depuis deux ou trois mois. Le point lacrymal inférieur est très étroit. Dilatation de ce dernier et de la portion verticale seule du canalicule. L'injection passe bien ensuite. La malade ne revient que plus de cinq mois après, le 4 décembre 1908.

Le larmoiement, qui avait cessé depuis l'intervention du mois de juin, s'est reproduit. L'œil droit d'ailleurs pleure lui aussi aujourd'hui. Les points lacrymaux sont à peine perceptibles. Dilatation des deux côtés. L'injection passe très bien ensuite.

La malade n'a plus été revue depuis.

2° STÉNOSE DES CANALICULES

OBSERVATION X

M. P..., quarante-deux ans, n° 28.141, 22 octobre 1907.

Larmoiement simple à gauche depuis un mois. L'injection ne passe pas. Cathétérisme horizontal : l'injection passe bien.

18 et 25 mai 1908. — La perméabilité des voies lacrymales s'est maintenue.

OBSERVATION XI

Mme C..., cinquante-sept ans, n° 28.377, 10 décembre 1907.

Larmoiement simple bilatéral. Cathétérisme du canalicule inférieur gauche. Le stylet conique pénètre très difficilement à travers le point lacrymal, qui apparaît cependant d'une façon bien nette. Dilatation laborieuse du canalicule. L'injection passe ensuite abondamment.

7 janvier 1908. — L'œil gauche n'a plus pleuré depuis l'intervention du 10 décembre. Même opération sur le canalicule inférieur droit. Mêmes difficultés. L'injection passe très bien ensuite.

OBSERVATION XII

Mme F..., n° 30.086, 26 octobre 1908.

Larmoiement simple de l'œil droit. L'injection ne passe

pas. Cathétérisme et dilatation du canalicule inférieur. L'injection passe bien ensuite.

OBSERVATION XIII

Mme M..., soixante ans, n° 5.084 (St-G.), 29 octobre 1908.

Larmoiement simple bilatéral. Points lacrymaux très étroits. Cathétérisme horizontal : dilatation laborieuse des canalicules qui sont très serrés. Voies lacrymales bien perméables ensuite.

OBSERVATION XIV

M. G..., trente-cinq ans, n° 30.446, 10 décembre 1908.

Larmoiement simple récent à gauche. L'injection ne passe pas. Cathétérisme horizontal. Canalicule inférieur rétréci.

14 décembre. — L'injection passe un peu.

17 décembre. — Dilatation du canalicule. L'injection passe bien.

OBSERVATION XV

Mlle G..., n° 30.967, 25 mars 1909.

Larmoiement simple du côté gauche depuis un peu plus d'un mois.

Première injection : le liquide reflue sans passer par le canal nasal ni revenir par le canalicule supérieur. Cathétérisme horizontal.

Deuxième injection : passe très bien par le nez et revient un peu par le canalicule supérieur.

27 mars. — L'injection passe très bien.

OBSERVATION XVI

(*Récidive*)

Mme F..., trente-quatre ans, n° 4.826 (St-G.), 25 août 1907.

Conjonctivite des deux yeux. Légère blépharite. Larmoiement simple léger. L'injection passe difficilement. Cathétérisme et dilatation des canalicules inférieurs. L'injection passe bien.

Revient vingt mois après, le 25 avril 1909, en présentant les mêmes symptômes. La malade, qui était parfaitement guérie après la précédente intervention, a de nouveau de la conjonctivite et un léger eczéma des paupières inférieures. L'injection passe très difficilement. Une bonne dilatation des canalicules rend leur perméabilité aux voies lacrymales.

3° STÉNOSE DE L'EMBOUCHURE

OBSERVATION XVII

Mme R..., soixante-trois ans, 16 février 1909.

Larmoiement simple à gauche. L'injection ne passe pas et revient par le canalicule supérieur. Dilatation et cathétérisme du conduit inférieur. Rétrécissement au niveau de l'embouchure.

L'injection passe bien.

OBSERVATION XVIII

Mme T..., cinquante-deux ans, n° 5.081 (St.-G.), 18 octobre 1908.

Ulcération centrale de la cornée gauche, avec kératite remontant à trois mois. Larmoiement. Traitement de l'ulcération.

8 novembre. — Cathétérisme horizontal du canalicule inférieur gauche. Dilatation de l'orifice interne, rétréci. L'injection passe bien.

Guérison.

OBSERVATION XIX

M. P..., n° 5.129 (St.-G.), 25 mars 1909.

Larmoiement à gauche depuis dix mois. L'injection ne passe pas. Cathétérisme horizontal et dilatation. Sténose de l'embouchure. L'injection passe très bien ensuite.

15 avril. — N'a plus pleuré depuis. L'injection passe abondamment.

OBSERVATION XX

(*Deux cathétérismes dilatateurs*)

Mme F..., quarante-cinq ans, n° 4.235 (St.-G.), 8 mars 1908.

Larmoiement simple remontant à cinq ou six mois. L'injection ne passe pas et revient par le canalicule supérieur. Cathétérisme et dilatation du conduit inférieur. Le stylet rencontre un obstacle dans la portion commune. Il est vigoureusement serré à ce niveau et il faut un certain effort pour vaincre la résistance. L'injection ensuite n'est pas poussée pour éviter une infiltration possible dans le tissu cellulaire. Renvoi à huit jours.

15 mars. — A beaucoup moins pleuré depuis l'interven-

tion précédente. L'injection passe modérément et reflue en partie par le canalicule supérieur. Cathétérisme horizontal. Le rétrécissement est beaucoup plus large qu'il y a huit jours. Nouvelle dilatation.

N'a plus larmoyé depuis.

OBSERVATION XXI

(*Deux cathétérismes dilatateurs*)

Mme M..., trente-neuf ans, no 26.853, 30 janvier 1907.

Larmoiement simple à droite. L'injection ne passe pas et revient par les deux points lacrymaux. Cathétérisme et dilatation du canalicule inférieur qui est rétréci au niveau de l'embouchure.

4 février. — Nouvelle dilatation.

27 février. — L'injection passe facilement. Le larmoiement a cessé. Renvoi à quinze jours.

20 mars. — L'injection passe bien. Guérison.

OBSERVATION XXII

Mme P..., vingt-huit ans, no 26.624, 30 novembre 1906.

Larmoiement simple à droite depuis deux ans. L'injection ne passe pas et revient limpide par le conduit supérieur.

Dilatation et cathétérisme du canalicule. La sonde (no 2) rencontre une sténose très marquée au niveau de l'embouchure ; elle est redressée et engagée dans la partie tout à fait supérieure du canal nasal afin de prolonger la dilatation pendant quelques instants.

3 décembre. — L'injection passe très bien. Renvoi à huit

jours. Il en est de même les 12 et 21 décembre. La malade ne larmoie plus du tout.

OBSERVATION XXIII (M. Jocqs)

(Récidive)

M. D..., cinquante-trois ans, janvier 1906.

Larmoiement simple récent à gauche. L'injection ne passe pas et revientpar le canalicule supérieur. Dilatation et cathétérisme horizontal (sonde n° 2) ; sténose de l'embouchure.

Guérison après cette unique intervention.

Quatorze mois après, en mars 1907 : récidive du larmoiement depuis quelques jours. L'injection passe un peu mais péniblement. Cathétérisme horizontal. Rétrécissement au même niveau que la première fois. L'injection passe très bien ensuite.

CHAPITRE IV

LARMOIEMENT PAR OBSTRUCTION DES CANALICULES

Lorsque cet état de contracture des fibres musculaires de Horner persiste un temps assez long, il peut se produire des lésions de myosite interstitielle, comme on en voit dans les autres muscles de l'économie contracturés d'une façon permanente. Suivant la gravité et l'ancienneté du cas, cette transformation scléreuse affectera une partie plus ou moins grande de l'organe. La substitution de tissu fibreux dense et cicatriciel à la fibre contractile pourra donc s'étendre à toute la musculature du canalicule ou se borner à quelques noyaux fibreux limités, analogues aux *callosités de Volkmann* décrites dans les autres contractures chroniques, celle du sterno-cleïdo-mastoïdien notamment dans le torticolis.

Cette rétraction aura surtout pour conséquence de maintenir, en les accentuant, les replis muqueux formés par la contracture des fibres longitudinales. Ces plissements, ainsi fixés, pourront constituer d'après leur volume et leur disposition, de véritables bouchons ou simplement des sortes de valvules ou de voiles, présentant une base d'implantation fixe sur

la paroi et un bord libre plus ou moins mobile, suivant son épaisseur et son étendue. Si l'on ajoute la possibilité d'érosions antérieures ayant donné lieu à des cicatrices rétractées ou à des adhérences vicieuses, on comprendra que ces lésions obstructives peuvent présenter de très grandes variétés au point de vue de leur morphologie.

Quant à leur siège, si nous nous reportons aux notions anatomiques et pathogéniques émises plus haut, nous voyons qu'on doit surtout les rencontrer vers la partie interne du canalicule, au niveau du confluent, de la portion commune et de l'embouchure, régions les plus affectées par les désordres mécaniques qu'entraîne la contracture.

C'est en effet ce que confirme la clinique, tantôt ce sera au confluent, autour de cet éperon que forme la réunion des deux conduits, que l'on trouvera une occlusion complète des deux canalicules ; ou bien un seul sera affecté, l'autre restant libre. L'obstacle pourra parfois être mobilisable, jouant pour ainsi dire le rôle d'une valvule, s'opposant au passage des liquides mais susceptible de s'effacer devant la puissance du stylet, pour revenir ensuite à la place qu'elle occupait primitivement. D'autrefois le cathéter pourra repousser un repli qui n'obturait qu'une voie, et l'on constatera après que les deux sont interceptées. Ces cas, souvent si déconcertants par leurs résultats instables et leurs alternatives d'amélioration et de retour à l'état antérieur, exigent une patience et une persévérance à toute épreuve. Souvent

le succès couronnera ces efforts. Il faut surtout se défendre contre la violente tentation d'inciser le canalicule ou d'explorer le canal nasal, qui n'est pas en cause. La seule modification qu'on pourrait attendre d'une pareille conduite serait une aggravation par des lésions nouvelles. Nous donnons plus loin l'observation d'un cas de ce genre, où la guérison n'est survenue qu'après plus de cinq mois de traitement et de péripéties diverses. Trois ans plus tard, la guérison s'était maintenue.

Plus souvent, c'est à l'embouchure que l'on rencontrera soit un repli, soit une obstruction complète. Mais quelle que soit la hauteur du siège de la lésion, il vaut beaucoup mieux avoir affaire à une occlusion totale qu'à un obstacle mobilisable. L'action du stylet sera bien plus efficace dans la première éventualité, car l'extensibilité des parois canaliculaires ne permet pas le plus souvent d'agir assez utilement contre un obstacle latéral ; tandis que la perforation, puis la dilatation, tout en rendant la voie libre, permettront aux fibres musculaires encore contractiles un rôle physiologique généralement suffisant.

Lorsque l'occlusion siège vers le confluent, le cathétérisme horizontal, conduit suivant la technique que nous avons exposée plus haut, suffit généralement pour la vaincre : mais lorsque c'est l'embouchure qui en est affectée, il arrive quelquefois qu'il est impuissant. On éprouve la sensation, dont nous avons déjà parlé, que l'extrémité du stylet reste coiffée par une membrane. On peut alors avoir recours à un

artifice signalé dans l'observation XXII (voir plus haut). Il consiste à redresser la sonde, comme si l'on voulait pratiquer le cathétérisme du canal nasal, et à l'introduire dans la partie tout à fait supérieure seulement de celui-ci. Par cette manœuvre, l'obstacle finit par céder. On peut encore avoir recours à ce procédé lorsqu'on est en présence de valvules rebelles de l'embouchure ; on laisse alors le stylet dans sa dernière position pendant quelques instants, de façon à effacer le repli et à lui imprimer une position moins gênante. On n'y réussira pas toujours, bien que cependant il y ait des cas où l'on en retire quelque avantage. Dans les exemples fréquents d'obstruction de l'orifice commun, on obtient, par le cathétérisme horizontal, de bien meilleurs résultats que lorsque l'engorgement siège au niveau du confluent.

Nous ne pouvons, puisque nous parlons des occlusions canaliculaires, passer sous silence quelques autres causes qui peuvent provoquer des lésions analogues et justiciables parfois du même traitement.

Nous ne faisons que signaler l'atrésie congénitale ou cicatricielle des points lacrymaux. Dans un cas comme dans l'autre, on pourra tenter la perforation artificielle, mais le résultat n'en sera jamais merveilleux.

Quant aux autres variétés d'occlusions, elles sont toutes d'origine traumatique (accidentelle ou thérapeutique). Ce sont des atrésies cicatricielles qui peuvent siéger en un point quelconque du trajet du conduit ; tantôt le séjour prolongé d'un corps étranger

ou d'une sonde à demeure provoquera des ulcérations dont la consolidation entraînera l'oblitération du canalicule sur un espace plus ou moins long ; tantôt un traumatisme quelconque ou, plus fréquemment, une fausse route chirurgicale aura pour conséquence une adhérence vicieuse des parois. C'est ce que l'on rencontre assez fréquemment chez des sujets dont le larmoiement a été traité par des cathétérismes répétés. Si l'atrésie ainsi constituée est très localisée et assez récente, elle pourra céder au cathétérisme horizontal et à la dilatation. Mais si les désordres sont trop importants ou ont porté sur un espace tant soit peu étendu, la destruction de la muqueuse et l'extension du tissu cicatriciel ne permettent pas d'espérer un résultat satisfaisant.

Enfin, il est un autre cas d'imperméabilité du canalicule. C'est *l'imperforation congénitale de l'embouchure*. Ceci montre bien que, même dans le larmoiement congénital, généralement imputé à l'imperforation de l'un des diaphragmes du canal nasal, il ne faut jamais se hâter de pratiquer le cathétérisme complet; car parfois, la dilatation horizontale suffira. Nous en citerons une observation bien nette.

1° OBSTRUCTION DES CONDUITS AU NIVEAU DU CONFLUENT

OBSERVATION XXIV

M^me^ D..., quarante-deux ans, n° 24.657, 22 août 1905.

Se plaint de symptômes conjonctivaux ; démangeaisons,

cuisson, œil rouge. Pas d'hypermétropie apparente. Accommodation très réduite. Supporte + 1,25 pour près. Acuité visuelle normale. On prescrit un collyre avec : sulfate de zinc 0 gr. 10, cocaïne (chlorhydrate) 0 gr. 10 pour eau 10 grammes.

7 septembre. — Amélioration peu sensible. L'œil ne rougit plus, mais les démangeaisons persistent. Les verres prescrits ne sont portés que rarement. L'examen de la perméabilité lacrymale fait constater un rétrécissement très serré du côté gauche : le liquide humecte à peine la narine et ne revient pas par le point lacrymal supérieur. A droite, la perméabilité est meilleure sans être normale.

11 septembre. — Dilatation du point lacrymal inférieur gauche seul. L'injection ne franchit pas.

17 octobre. — Dilatation de la première partie du canalicule inférieur gauche. L'injection ne passe pas dans le canal nasal et ne revient pas par le canalicule supérieur. Cathétérisme horizontal : le stylet franchit un rétrécissement assez prononcé et arrive sur la paroi interne du sac. L'injection ne passe pas cependant et ne revient pas par le conduit supérieur. Dilatation de ce dernier : l'injection passe facilement dans le canal nasal. Il doit donc exister un obstacle dans le canalicule inférieur avant le confluent et constituant une valvule infranchissable pour les liquides.

18 octobre. — L'injection *passe* par le canalicule *inférieur*.

20 octobre. — Quelques gouttes seulement passent. Pas de retour par le conduit supérieur.

27 octobre. — Dilatation du canalicule inférieur qui n'admet pas les aiguilles capillaires. L'injection *passe parfaitement* dans le canal nasal.

La malade est guérie pendant quelque temps.

4 décembre. — Récidive. Mêmes phénomènes que plus haut : le liquide *ne passe pas* par le canalicule inférieur, malgré la dilatation et ne revient pas par le supérieur. Il passe au contraire facilement par ce dernier.

Les jours suivants : mêmes constatations.

18 décembre. — Après une bonne dilatation, le liquide revient parfaitement par le canalicule supérieur, mais ne passe pas dans le canal nasal. Injecté par le conduit supérieur, il passe très bien.

22 décembre. — L'injection revient très facilement par le point supérieur mais ne franchit pas l'orifice cystique.

26 décembre. — Après dilatation, le liquide *passe* par le canal nasal.

29 décembre. — Le liquide passe encore dans le nez.

4 janvier 1906. — L'injection, tout d'abord, *reflue*. Dilatation au stylet conique : le liquide revient par le canalicule supérieur. Introduction d'un stylet numéro 3 qui, porté jusqu'au contact de la paroi interne du sac, est redressé puis maintenu appuyé et enfoncé légèrement. Le liquide *passe* ensuite *abondamment* par le nez.

8 janvier. — Le liquide passe très bien.

15 janvier. — Le liquide *ne passe pas*. Il passe après dilatation. De même le 18.

23 janvier. — La malade se plaint de larmoiement considérable. Après dilatation, le liquide passe.

27 et 30 janvier. — Le larmoiement persiste. L'injection passe après dilatation.

1er et 2 février. — Le liquide *passe très bien* par le canalicule inférieur. Le larmoiement persiste.

3 février. — Le liquide passe. Dilatation.

Dans la suite le larmoiement a diminué et a enfin disparu. La malade revient trois ans après, le 12 janvier 1909, pour du larmoiement de l'œil droit. L'œil gauche ne pleure plus. L'injection à droite ne passe pas et reflue par les deux canalicules. Cathétérisme horizontal et dilatation du conduit inférieur : l'injection passe.

15 janvier. — L'injection passe bien.

2° OBSTRUCTION DE L'EMBOUCHURE

OBSERVATION XXV

(Imperforation congénitale)

Mlle C..., cinq mois, n° 25.804, 5 juin 1906.

Larmoiement congénital à droite. L'injection, poussée dans le canalicule inférieur, revient par le conduit supérieur et ne passe pas. Dilatation et cathétérisme horizontal ; obstacle au niveau de l'embouchure.

25 juin. — L'injection passe. La petite malade larmoie moins.

L'enfant est ramenée quelques temps après. Elle ne larmoie plus. L'injection passe très bien.

OBSERVATION XXVI

(Guérison après deux cathétérismes dilatateurs)

Mlle A..., quarante-trois ans, n° 18.731, 3 avril 1907.

Larmoiement simple à droite. L'injection ne passe pas dans le canal nasal et revient par le canalicule supérieur. Dilata-

tion et cathétérisme du conduit inférieur. Le stylet rencontre un obstacle au niveau de l'orifice commun dans le sac et il faut un certain effort pour le vaincre. Quelques gouttes d'une nouvelle injection passent dans la fosse nasale, mais une plus grande partie fuse dans le tissu cellulaire.

4 avril. — L'injection ne passe pas. Cathétérisme du canalicule inférieur avec un stylet numéro 4 qui indique et dilate un rétrécissement marqué au niveau de l'ancienne obstruction. L'injection n'est pas renouvelée pour éviter l'accident du jour précédent.

5 avril. — L'injection passe sans cathétérisme.

6 avril. — L'injection passe bien.

La malade ne revient plus.

OBSERVATION XXVII

(*Guérison après trois cathétérismes dilatateurs*)

Mme L..., cinquante-six ans, 21 mai 1907.

Larmoiement ancien des deux côtés. A droite l'injection ne passe pas et reflue par le canalicule lui-même où est engagée la canule, en haut comme en bas. A gauche l'injection ne passe pas non plus, mais revient par l'autre conduit.

Dilatation et cathétérisme des deux canalicules inférieurs. De chaque côté, le stylet éprouve un arrêt au niveau de l'embouchure. L'obstacle vaincu, le point lacrymal se teinte légèrement de sang. En raison de la constriction très marquée encore après la désobstruction, la dilatation de l'embouchure est faite avec un stylet numéro 4. L'injection, poussée ensuite *très doucement*, passe modérément dans le canal nasal à droite et à gauche.

22 mai. — Les canalicules ne sont pas encore facilement perméables. Nouveau cathétérisme horizontal (n° 4). L'injection passe bien ensuite. La malade déclare qu'elle a un peu moins larmoyé depuis l'intervention d'hier.

23 mai. — L'injection passe modérément sans cathétérisme. De même le 24 : nouveau cathétérisme horizontal à gauche.

27 mai. — L'injection passe bien à gauche, modérément à droite : cathétérisme horizontal à droite.

30 mai. — L'injection passe bien des deux côtés.

OBSERVATION XXVIII

M. G..., quarante-six ans, n° 31.140, 23 avril 1909.

Larmoiement simple à droite depuis six mois. L'injection ne passe pas. Cathétérisme et dilatation du canalicule inférieur : conduit très étroit, obstruction au niveau de l'embouchure. L'injection passe ensuite, teintée de sang.

OBSERVATION XXIX

(*Guérison après un seul cathétérisme dilatateur*)

M. L..., soixante ans, n° 30.943, 20 mars 1909.

Larmoiement simple bilatéral. Après dilatation du point lacrymal inférieur gauche, l'injection ne passe pas et fuse dans le tissu cellulaire.

24 mars. — Cathétérisme du canalicule inférieur gauche. Le stylet ne pénètre dans le sac qu'au prix d'un certain effort pour vaincre une obstruction au niveau de l'embouchure. L'injection n'est pas faite.

25 mars. — A droite l'injection ne passe pas et ne revient pas par le conduit supérieur.

27 mars. — Cathétérisme et dilatation du canalicule inférieur droit.

22 avril. — L'injection passe bien des deux côtés. Le malade ne pleure plus depuis un mois. Le 6 mai, l'injection passe très bien aussi.

OBSERVATION XXX

(Obstruction par rétraction fibreuse)

Mme T..., quarante-huit ans, n° 26.527, 12 novembre 1906.

Larmoiement simple à droite depuis deux ans. L'injection passe très peu et difficilement. Dilatation du canalicule : l'injection ne passe pas davantage. L'extrémité d'un stylet numéro 4 ne franchit pas l'orifice supérieur du canal nasal. S'agit-il d'une obstruction de ce dernier ou de l'embouchure des canalicules ? Le premier diagnostic dut être porté à ce moment là, car la malade fut tout d'abord traitée par des cathétérismes complets. En effet :

14 novembre. — Cathétérisme du canal nasal.

16 novembre. — L'injection ne passe pas. Cathétérisme (n° 3). Léger écoulement de sang par le nez.

19 novembre. — L'injection passe très bien sans cathétérisme.

20 novembre. — L'injection ne passe pas et fuse un peu dans le tissu cellulaire de la paupière inférieure. Ceci semble indiquer qu'il devait s'agir d'une obstruction de l'embouchure, dont la destruction avait produit une solution de continuité dans la muqueuse canaliculaire. On pratique néanmoins un nouveau cathétérisme ce même jour.

24 novembre. — L'injection ne passe pas. Cathétérisme.

28 novembre. — L'injection passe bien, ainsi que le 12 décembre.

14 décembre. — L'injection ne passe pas et revient par le canalicule supérieur. *Cathétérisme du canalicule inférieur seul :* l'injection *passe* abondamment. Il en est de même les 21, 22 et 24 décembre.

La malade, dont le larmoiement avait cessé, ne revient que deux mois et demi après.

11 mars 1907. — L'injection ne passe pas. Cathétérisme horizontal. On est obligé de répéter *trois* fois ce cathétérisme avant de pouvoir faire passer l'injection.

14 mars. — L'injection ne passe pas avant, et très bien après cathétérisme horizontal. De même le 20 mars.

22 mars. — L'injection passe assez bien avant, avec une pression un peu forte et très bien après cathétérisme du conduit.

26 mars. — L'injection ne passe pas avant, très bien après le cathétérisme horizontal. De même les 29 mars, 2, 4, 6, 9, 11, 15 et 17 avril, 14 et 24 mai.

29 mai. — L'injection passe sans cathétérisme, ainsi que le 4 juin.

19 juin. — L'injection ne passe pas. Cathétérisme horizontal avec les numéros 4, 5 et 6 successivement. L'injection passe très bien ensuite.

22 juin. — L'injection passe très bien.

26 juin. — Elle passe en poussant un peu.

27 juillet. — L'injection ne passe qu'après cathétérisme du canalicule.

2 août. — L'injection ne passe qu'assez mal avant le cathétérisme horizontal.

A l'heure actuelle, cette malade vient encore de temps en temps faire dilater son canalicule. Moyennant cette petite opération périodique, elle n'est plus incommodée par son larmoiement. Il n'y a pas trace de la moindre infection du côté du sac ni du canal nasal.

Cette observation nous montre un cas type d'obstruction par rétraction fibreuse. L'impuissance du traitement dilatateur à obtenir un résultat durable serait une indication pour une opération plus radicale. On pourrait en effet, dans un cas semblable, proposer l'extirpation du sac suivie, si c'était nécessaire, de la destruction de la glande lacrymale. Mais il est bien difficile de faire accepter pareille intervention sur des organes qui ne sont pas malades. La destruction ou l'ablation seule de la glande lacrymale ne serait pas, selon nous, indiquée. Car la malade, ne pleurant plus du fait de l'hyposécrétion réalisée, laisserait ses voies lacrymales s'obstruer complètement. Il s'en suivrait, au bout d'un temps plus ou moins long, une infection ascendante du canal nasal et du sac. L'on serait alors contraint d'intervenir de nouveau et pour une dacryocystite. Le plus sage est donc de s'en tenir au traitement palliatif si cet assujétissement est bien accepté par le malade, ou d'intervenir d'une façon radicale et complète s'il y consent.

L'INFECTION DES VOIES LACRYMALES

CHAPITRE I

LE RÉTRÉCISSEMENT NASAL

Nous ne nous sommes occupé jusqu'à présent que des larmoiements simples sans rétrécissement nasal, c'est-à-dire sans infection des voies lacrymales. Cette infection *ascendante*, qui constitue la règle, est parfois primitive, — nous n'en nions pas la possibilité — plus souvent secondaire à une imperméabilité complète ou relative des canalicules. C'est dans tous les cas une conséquence obligée de toute lésion supprimant la fonction des voies supérieures. Et d'autre part, étant donné l'extrême fréquence des affections canaliculaires, à l'exclusion de toute autre, dans les larmoiements récents, nous considérons le rétrécissement nasal comme une complication d'ordre infectieux, non comme une cause. Nous n'avons pas encore en effet enregistré, depuis six ans, de larmoiement *débutant* par un rétrécissement nasal ; toutes les sténoses de ce genre que nous avons constatées accompagnaient toujours des larmoiements de date ancienne.

Quel que soit le moment où apparaisse le rétrécissement, le processus est toujours le même ainsi que

le résultat, et lorsque l'infection de l'appareil excréteur est réalisée dans son entier, lorsque la dacryocystite est déclarée, celle-ci prime tout le reste. Non seulement le larmoiement passe au second plan, mais le rétrécissement nasal aussi ; car il est en général trop tard pour pouvoir espérer une guérison réelle et durable sans recourir aux grands moyens chirurgicaux.

Le rétrécissement nasal est la première manifestation des phénomènes inflammatoires dont la muqueuse du canal est le siège. Il est produit, macroscopiquement, par l'exagération des replis normaux et le gonflement qui occupe toute l'épaisseur de la membrane. Ses reliefs deviennent très apparents, très saillants ; ils peuvent présenter une forme hypertrophique, bourgeonnante et se couvrir de fongosités. Il en résulte un engorgement qui peut aller depuis un rétrécissement peu prononcé jusqu'à une occlusion complète produite par le tassement de ces éléments exubérants. On comprend aisément ce qu'un cathétérisme un peu brutal peut avoir de désastreux dans de telles conditions. Si la lumière n'est pas complètement oblitérée, il ne sera que la compression, — et parfois l'écrasement lorsque le stylet est trop volumineux, — des parties molles contre les parois osseuses. Mais si la tuméfaction est telle que la voie se trouve embarrassée par des bourgeons et des replis déjà comprimés dans leur gaine inextensible, le stylet ne fera que chasser devant lui ce bouchon, en arrachant la muqueuse sur un

parcours plus ou moins long. A l'occlusion inflammatoire succèdera alors tôt ou tard, et généralement de bonne heure, une occlusion cicatricielle rebelle à tout traitement. D'ailleurs, il peut se produire spontanément un processus de sclérose, par suite de la nécrose des éléments infectés et comprimés dans le canal. Ce mode de guérison entraîne, il va sans dire, lui aussi une impotence fonctionnelle définitive.

Le cathétérisme par lui-même n'est pas appelé à combattre le rétrécissement, car il ne s'agit pas tant de dilater un canal inextensible que de guérir la muqueuse. L'appareil excréteur, ici, n'est pas malade parce que rétréci, mais parce qu'il est infecté. Le rôle du stylet se borne à ouvrir aux substances modificatrices une voie jusqu'aux régions lésées. Il est donc parfaitement inutile d'user des stylets dangereux d'un calibre élevé. En pratique, on ne doit guère dépasser le numéro 4 qui livre un passage suffisant.

Gillet de Grandmont allait jusqu'à préconiser l'essai patient et prolongé des injections non précédées de cathétérisme, jusqu'à ce qu'on fût parvenu à faire passer un peu de liquide ; alors, disait-il, la partie est gagnée, on obtient la guérison par les seules injections modificatrices suffisamment répétées. Tout en partageant son opinion, il faut reconnaître que bien souvent on est contraint de recourir au cathétérisme préalable. Il abrège toujours la durée du traitement et quelquefois il le rend possible ; car certaines occlusions ne céderaient jamais aux injec-

tions seules. Mais dès que la perméabilité est retrouvée, il ne faut à aucun prix recourir de nouveau au stylet ; il est pour le moins inutile, sinon dangereux. Le cathétérisme n'est un moyen thérapeutique qu'à la condition de n'être point répété.

On peut dire qu'on a essayé tous les antiseptiques et caustiques connus contre l'infection lacrymale. Ce sont encore les sels d'argent et le sulfate de zinc qui ont la préférence. Le protargol notamment, que nous employons d'une façon courante, nous a toujours donné d'excellents résultats. Nous utilisons son grand pouvoir antiseptique surtout lorsque les sécrétions pathologiques sont très marquées. Nullement irritant et dépourvu de toute causticité, il modifie très rapidement les surfaces suppurantes. En somme, on peut user de nombre de substances. On en obtiendra presque toujours de bons effets ; car, en dehors des états présentant une réaction inflammatoire accentuée ou s'accompagnant d'une abondante sécrétion, l'action topique des injections modificatrices n'a pas, croyons-nous, l'importance qu'on a voulu lui accorder. Elles sont surtout utiles lorsqu'elles agissent sur une muqueuse fongueuse et suintante ; mais elles n'ont pas une action très profonde ni très prolongée. Le passage de la sécrétion lacrymale acquiert en revanche une importance capitale, car cette irrigation continue peut suffire, seule, à guérir un canal malade. Son effet, surtout mécanique, est très comparable à celui de l'écoulement biliaire dans la fistulisation des angiocholites. Nous avons en effet

traité des rétrécissements du canal nasal en cherchant simplement à rendre libre une voie interceptée, nous bornant à quelques rares cathétérismes et à quelques injections de la solution physiologique de Na Cl. Dès que les larmes ont pu s'écouler de nouveau par leur route normale, nous avons vu la perméabilité augmenter et la maladie guérir sans avoir eu recours au moindre lavage chimiquement antiseptique.

La perméabilité préalable est donc une condition indispensable pour la guérison. La plupart du temps elle doit suffire. Car, lorsque le rétrécissement — et ici ce mot est plutôt un euphémisme, il s'agit bien d'une obstruction — s'accompagne de blennorrhée ou d'un catarrhe à peine purulent, alors même que le sac ne paraît pas ectasié, il est presque toujours trop tard pour espérer un retour à l'état normal. La muqueuse est tellement altérée déjà, qu'elle ne guérira qu'en se cicatrisant.

Lorsqu'elle n'a pas encore subi de désorganisation, la guérison doit être rapide. Si après un nombre raisonnable, c'est-à-dire restreint, de cathétérismes (6 à 8 en moyenne, au maximum) on n'est par parvenu à obtenir une perméabilité durable, il ne faut guère compter sur un résultat pratique par ces seuls moyens. On peut d'ailleurs apprécier l'efficacité du traitement bien avant ce moment-là. Si après les deux ou trois premiers cathétérismes on n'a constaté aucune amélioration, il est presque certain qu'on s'expose à un échec. La plupart du temps, dans ces

guérisons observées après un ou deux sondages, il s'agit en réalité d'une sténose du canalicule (très souvent de l'embouchure) et non d'un rétrécissement nasal.

Prolongés plus longtemps, ces cathétérismes deviennent fatalement nuisibles. Les traumatismes répétés qu'ils causent aboutissent à des sténoses définitives soit dans le canal nasal lui-même, soit au niveau des conduits.

Dans ces cas réfractaires le gonflement inflammatoire n'est plus seul en cause. Les sondages et les irrigations restent impuissants. Ils pourront parvenir à tarir la purulence ou le catarrhe, mais le rétrécissement et l'obstruction persisteront ou se reformeront, le larmoiement ne cessera point ; et, les mêmes causes subsistant, l'infection se reproduira, en admettant qu'elle ait disparu.

Afin de tâcher de recouvrer la perméabilité des voies lacrymales sans recourir au stylet, ou plus simplement de faciliter le passage de celui-ci, nous avons essayé l'injection préalable d'une solution d'adrénaline, pensant que l'action vaso-constrictive de cette substance diminuerait l'épaisseur de la muqueuse congestionnée et augmenterait dans certains cas le calibre d'une sténose. Nous n'avons guère obtenu de résultat appréciable par ce moyen et force nous a été de recourir au sondage.

En revanche nous nous sommes toujours très bien trouvé du procédé suivant, surtout en présence de malades nerveux et peu dociles, ou réagissant

trop violemment à la douleur du cathétérisme. Avant d'entreprendre celui-ci, nous injectons avec la seringue d'Anel une petite quantité d'une solution anesthésiante de : cocaïne 1, stovaïne 2 o/o. L'opération est ensuite absolument indolore et parfaitement supportée par les sujets les plus difficiles. De ce fait, le cathétérisme est rendu aisé et sont écartés les dangers auxquels expose la brusquerie d'un malade indocile. On peut ainsi conduire le stylet avec beaucoup plus de précision et en obtenir des renseignements fort exacts. Bien que nous pratiquions cette injection anesthésiante assez couramment et que, dans nombre d'observations relatées ici, nous ayons omis de la signaler, nous pensons pouvoir montrer au moins une fois le grand avantage que présente ce procédé (voir aussi plus loin l'observation XXXVIII).

OBSERVATION XXXI

Mme D..., trente-six ans, n° 25.150, 27 décembre 1905.

Larmoiement simple à droite. La malade se laisse difficilement examiner. On éprouve quelque peine à pratiquer l'injection. Elle ne passe pas et revient par le point lacrymal supérieur. *Cathétérisme très difficile. Syncope.*

30 décembre. — L'injection passe. Larmoiement un peu moindre.

5 janvier 1906. — L'injection passe difficilement.

11 janvier. — L'injection passe bien.

13 février. — Le liquide passe très peu. Une injection préa-

lable d'adrénaline ne facilite pas une nouvelle injection qui traverse encore à peine les voies lacrymales.

16 février. — L'injection ne passe pas. La malade ne veut à aucun prix se soumettre à un nouveau cathétérisme.

21 avril. — Lassée de voir son état rester stationnaire, la malade revient un peu plus résolue. On lui fait une injection préalable de la solution *anesthésiante* dont nous avons parlé, ce qui permet un *cathétérisme très facile*. La malade n'accuse aucune douleur et la syncope qu'elle redoutait ne menace même pas. L'injection passe ensuite.

Le cathétérisme put être encore renouvelé le 27 avril, dans les mêmes circonstances avantageuses, grâce à l'anesthésie préalable.

C'est dans ces états inflammatoires de la muqueuse du canal nasal que l'*électrolyse*, suivant la méthode de M. le professeur Lagrange, peut rendre des services. Elle modifie favorablement la muqueuse par son action directement antiseptique et décongestionnante ; elle augmente la lumière du canal et permet le passage des injections et l'écoulement normal des larmes.

Dans tous les cas où le traitement par le retour à la perméabilité a été reconnu impuissant, la seule ressource qui reste est de recourir au traitement opératoire des dacryocystites. Alors même qu'on a réalisé l'asepsie des voies lacrymales au prix de cathétérismes répétés et fréquents, l'infection se reproduira dès que le stylet ne viendra plus dilater périodiquement ces rétrécissements fibreux. La méthode

n'est efficace que dans les sténoses récentes, dans les toutes premières phases de l'inflammation, alors que la muqueuse existe et se défend encore. La plupart du temps on arrive trop tard.

Nous aurions voulu grouper ici quelques observations de larmoiement *simple* par rétrécissement nasal. La pénurie de ce genre de malades ne nous a pas permis de le faire comme nous l'aurions voulu. Ceux-ci sont en effet une infime minorité à côté du nombre des sténoses canaliculaires.

OBSERVATION XXXII

M. P..., trente-six ans, n° 28.408, 16 décembre 1907.

Larmoiement ancien des deux côtés. L'injection ne passe pas et revient par le canalicule supérieur. Les canalicules sont libres. Cathétérisme (n° 3). Rétrécissement nasal. Léger écoulement de sang après l'intervention.

11 janvier 1908. — L'injection passe mal avant, bien et teintée de sang après un nouveau cathétérisme (n° 4).

15 janvier. — Le liquide injecté passe un peu mieux que le 11, mais pas encore parfaitement, avant un troisième cathétérisme.

21 janvier. — L'injection passe très bien sans cathétérisme préalable.

Il en est de même le 5 février. Le malade est considéré comme guéri.

OBSERVATION XXXIII

M^me^ W..., quarante-cinq ans, n° 5.135 (S^t^ G.), 28 mars 1909.

Larmoiement ancien à gauche. Déjà soigné il y a deux ans.

Etat actuel. — Un peu de refoulement, pas d'ectasie appréciable. L'injection ne passe pas et revient par le canalicule supérieur. Il existe un rétrécissement perméable de l'embouchure commune et un rétrécissement de la partie supérieure du canal nasal. Cathétérisme (n° 3). L'injection passe bien ensuite. Protargol à 5 o/o.

4 avril. — L'injection passe modérément et en poussant un peu avant un nouveau cathétérisme.

18 avril. — Le liquide ne passe pas ; troisième cathétérisme de la portion supérieure du canal nasal.

25 avril. — L'injection passe bien.

La malade est revue tous les huit jours d'abord, puis tous les quinze jours. Le larmoiement est à peu près nul. Il n'y a plus de sécrétion catarrhale. L'injection passe bien mais nécessite une certaine pression.

OBSERVATION XXXIV

M^me^ C..., trente-quatre ans, n° 27.065, 22 mars 1907.

Larmoiement ancien à gauche. Eczéma d'origine lacrymale de la paupière inférieure. L'injection ne passe pas et revient par le canalicule supérieur. Obstruction du canal nasal. Cathétérisme.

26 mars. — L'injection passe bien sans cathétérisme. L'eczéma a disparu.

29 mars. — L'état de la conjonctive et de la paupière est bon. Cependant la malade déclare larmoyer encore un peu. L'injection passe bien sans cathétérisme.

La malade revient tous les quatre ou cinq jours pendant

deux mois, puis deux ou trois fois par mois pendant le semestre suivant. Elle est revue périodiquement une fois chaque mois dans la suite. On se contente de lui faire des injections d'une solution de sulfate de zinc à 1 o/o ou de la solution physiologique de NaCl, et de rares cathétérismes (un tous les deux mois environ au début, beaucoup plus espacés ensuite), car elle déclare larmoyer encore légèrement bien que les voies lacrymales soient parfaitement perméables. Il serait sans doute indiqué d'intervenir du côté de la glande lacrymale, mais la malade a toujours préféré s'en tenir à ce traitement palliatif.

CHAPITRE II

LA DACRYOCYSTITE

Si le rétrécissement nasal est le plus souvent la première manifestation de l'infection des voies lacrymales, le catarrhe de la muqueuse en est généralement la seconde. L'exagération et la perversion de la sécrétion normale de cet organe dénotent une extension du processus en étendue et en profondeur. Abandonné à lui-même, ce catarrhe, d'abord muqueux, ne tardera pas à tendre vers la purulence, en même temps que les lésions anatomiques deviendront manifestes par l'ectasie du sac. La maladie pourra se cantonner dans cet aspect chronique ; mais le plus souvent elle provoquera des accidents aigus, de physionomie et de gravité variables. Dès que le catarrhe du sac se traduit par du refoulement par les points lacrymaux, ou par une distension de sa cavité si ces derniers ne sont plus perméables, l'affection ne peut plus être désignée par le terme de *larmoiement* ; c'est une vraie *dacryocystite*.

D'autre part, nous verrons plus loin que l'infection de la muqueuse ne présente pas toujours ce tableau

clinique. Elle peut se manifester brusquement par des accidents aigus, d'intensité inconstante, sans avoir passé par les stades ordinaires de larmoiement, rétrécissement et catarrhe.

Dans les cas légers et surtout récents (dacryocystites congénitales peu anciennes par exemple), l'affection peut guérir assez facilement au moyen des injections modificatrices aidées de quelques cathétérismes. Encore faut-il pour cela que le rétrécissement ne soit dû qu'au gonflement inflammatoire de la muqueuse et qu'il ne donne pas lieu à une sténose cicatricielle. Même dans les cas où le sac paraît dilaté, on peut parvenir à tarir la sécrétion ; mais on ne peut espérer de *restitutio ad integrum* : les altérations anatomiques sont définitives. On n'obtiendra qu'une amélioration, et, seule, la pratique habituelle du cathétérisme et du lavage pourra la maintenir. Si l'on n'entretient pas par cet artifice la liberté des voies, la récidive est fatale. Le sac, inapte à sa fonction physiologique, se vidant mal ou pas du tout, favorise par la stagnation la pullulation des microbes et expose à des accidents aigus beaucoup plus graves.

Bien souvent d'ailleurs, alors qu'on n'a pas constaté de dilatation, les résultats de la méthode d'Anel-Bowman ne sont pas favorables. Son insuffisance s'accuse surtout dans les affections anciennes. De l'avis de tous, il faut savoir ne pas prolonger le traitement. Ces cas réclament des interventions plus actives.

Les procédés adoptés n'ont pas tous les mêmes indications et varient suivant la gravité et l'étendue

de l'affection. Les auteurs ne sont même pas d'accord sur le choix de la méthode à employer contre chaque variété de dacryocystite.

Quelques exemples suffiront à montrer ce que l'on peut attendre de la méthode d'Anel-Bowman.

OBSERVATION XXXV

(*Dacryocystite congénitale. — Guérison après une seule dilatation*)

Mlle C..., deux ans, n° 31.294, 19 mai 1909.

Larmoiement congénital. Dacryocystite à gauche. Dilatation du canalicule inférieur, puis cathétérisme du canal nasal avec les numéros 2, 3 et 6, successivement. Protargol à 10 o/o.

24 mai. — Il n'y a plus de suppuration dans le sac. L'injection passe très bien. La petite malade ne larmoie plus.

2 juin. — Pas de larmoiement, pas de refoulement.

INSUFFISANCE DE LA MÉTHODE D'ANEL-BOWMAN

OBSERVATION XXXVI

Mme D..., vingt-sept ans, n° 28.871, 21 mars 1908.

Larmoiement à droite, remontant à plusieurs années. Depuis quelques mois, la malade a remarqué le développement d'une petite grosseur dans le coin de l'œil. La pression en vide le contenu par le nez. Dilatation laborieuse du canalicule inférieur ; le stylet rencontre un obstacle qui paraît

siéger tout au commencement, près du point lacrymal. L'injection passe ensuite très bien, en soulevant la peau au-devant du sac. Il n'existe pas de rétrécissement nasal. Injection d'une solution de protargol à 5 o/o.

23 et 25 mars. — L'injection (protargol) passe bien ; mais la tumeur se reforme toujours et, par la pression. la malade la vide de temps en temps.

27 mars. — Cathétérisme (nº 5) dans le but de dilater le canal nasal dont le calibre étroit favorise la reproduction de la collection. L'injection passe ensuite légèrement teintée de sang en entraînant des mucosités.

30 mars. — Injection de protargol renouvelée, ainsi que le cathétérisme, les 22, 24 et 27 avril et 7 et 18 mai. L'injection passe toujours bien.

22 mai. — Il n'y a plus de conjonctivite. Le larmoiement est minime. Il n'y a plus de refoulement. Mais la cavité précystique demeure et se distend à chaque injection. La malade est bien guérie de son catarrhe, mais les lésions qu'elle conserve l'exposent à de nouveaux accidents. Une intervention radicale avait toujours été repoussée par la malade.

OBSERVATION XXXVII

Mme H..., cinquante-six ans, nº 27.504, 10 juin 1907.

Conjonctivite aiguë O. D. G. depuis deux mois. Larmoiement ancien à gauche, plus récent à droite. L'injection ne passe ni à droite ni à gauche. Elle revient par le canalicule supérieur de chaque côté ; elle soulève la région du sac à gauche et entraîne du muco-pus. Le canalicule inférieur gau-

che est libre, le canal nasal, étroit, est obstrué à sa partie inférieure. Cathétérisme. Sulfate de zinc à 0,50 0/0.

12 juin. — La conjonctivite est moins intense. La malade déclare que son œil gauche pleure un peu moins. L'injection passe modérément par le canal nasal et reflue en partie par le canalicule supérieur en entraînant du muco-pus. Dilatation du point lacrymal droit ; cathétérisme du canalicule inférieur. La sonde éprouve une résistance avant d'arriver dans le sac. L'injection, poussée doucement, ne passe pas.

13 juin. — L'injection passe un peu à droite. Cathétérisme ; léger écoulement de sang par la fosse nasale. Obstacle dans la partie supérieure du canal nasal.

La malade, qui ne veut pas se soumettre à un traitement radical, vient régulièrement pendant quatre mois. Les cathétérismes et les injections ne parviennent pas à rendre à ses voies lacrymales une perméabilité durable. Il n'y a plus de refoulement, mais l'obstruction persiste et l'injection soulève toujours la région du sac gauche.

OBSERVATION XXXVIII

Mme L..., quarante-deux ans, n° 24.621, 10 août 1905.

Soignée déjà pour ses voies lacrymales depuis cinq ans.

Etat actuel : hyperhémie conjonctivale légère O. D. G. Refoulement muco-purulent des deux côtés. L'injection ne passe pas et soulève la région du sac à droite et à gauche. La malade, qui souffre d'une cardiopathie, ne supporte pas le cathétérisme et refuse énergiquement toute intervention. On parvient à tarir sa sécrétion catarrhale.

15 janvier 1907. — Le cathétérisme (n° 1) est rendu possi-

ble par une injection anesthésiante de cocaïne-stovaïne. Ce cathétérisme est répété environ une fois par mois. L'injection passe bien aussitôt après. Mais le larmoiement persiste, l'obstruction se reproduit constamment et la cavité précystique existe toujours.

Il nous paraît nécessaire, avant d'aborder la méthode de traitement qui nous semble le mieux répondre aux indications posées, de fixer les diverses variétés que peut présenter l'inflammation septique des voies lacrymales.

La dacryocystite est chronique ou aiguë, muqueuse ou suppurée. Dans la première catégorie, outre le premier degré de l'inflammation se traduisant par du larmoiement sans reflux à la pression du sac, on distingue généralement deux formes de dacryocystite catarrhale ou blennorrhée, suivant que le sac ne paraît pas dilaté ou qu'il y a ectasie manifeste. Dans ce dernier cas on isole encore une variété enkystée, irréductible, la mucocèle. On rattache enfin aux dacryocystites chroniques, celles qui s'accompagnent de fistules cutanées, résultant généralement d'un processus aigu.

Quant au second groupe, si l'on s'accorde pour reconnaître des cas où l'affection est primitive et d'autres, les plus fréquents, où elle est secondaire à un état chronique antérieur, on ne s'entend plus du tout lorsqu'il s'agit de les classer. Cette confusion et les discussions qui en résultent reposent — c'est du moins notre opinion personnelle — surtout sur des

malentendus et peut-être aussi un peu sur des questions d'amour-propre.

Il importe cependant beaucoup, au point de vue du pronostic et du traitement, d'apporter un peu de clarté parmi les diverses opinions émises sur ce sujet.

CHAPITRE III

DACRYOCYSTITE ET PÉRICYSTITE

A. – Exposé de la question

Demours, dans son *Traité des maladies des yeux*, avait déjà signalé la possibilité d'abcès siégeant au devant du sac. Mais ce n'était pour lui qu'une exception.

En 1881, dans un travail paru dans la *Revue clinique d'oculistique* et reproduit en 1889 dans ses *Mémoires et observations d'ophtalmologie pratique*, M. Armaignac fait remarquer que l'abcès accompagnant la dacryocystite aiguë est situé en avant du sac et communique avec lui par un trajet fistuleux. Il soupçonne en outre, sans l'avoir d'ailleurs constatée, l'existence d'une poche précystique semblable dans les abcès à marche lente.

En 1891, M. Parinaud désigne sous le nom de *Péricystite lacrymale* les accidents inflammatoires aigus ou chroniques qui se développent autour du sac, *sous l'influence d'une affection chronique* des voies lacrymales. Le phlegmon du sac, la tumeur lacrymale enflammée, la dacryocystite aiguë ne sont pas pour lui le résultat de la dilatation inflammatoire du sac, mais l'inflammation du tissu cellulaire environnant,

produite par l'infection microbienne venant du conduit lacrymo-nasal. Il décrit : *a*) une forme aiguë pouvant aller de la simple infiltration inflammatoire (*forme érysipélateuse*) au phlegmon du grand angle, susceptible de s'ouvrir à l'extérieur, dans le sac ou dans les deux directions à la fois ; *b*) une forme chronique pouvant présenter deux variétés : l'une enkystée simulant la mucocèle, l'autre diffuse simulant la périostite orbitaire.

Le 11 avril 1899, lors d'une discussion à la *Société d'ophtalmologie de Paris*, M. Jocqs, reprenant et élargissant la théorie de M. Parinaud, l'applique à tous les cas regardés jusqu'alors comme résultant de l'ectasie du sac et admet la *perforation préalable* de la paroi antérieure de ce dernier. « Le sac lui-même, dit-il, n'est jamais que peu ou pas dilaté. En tout cas, *ce qui constitue la tumeur — muqueuse ou purulente — ce n'est pas le sac lui-même, mais une poche précystique développée dans le tissu cellulaire ambiant grâce à une fistule de la paroi antérieure du sac par où se déverse continuellement le contenu du sac lui-même.* Si cette communication reste ouverte, le contenu de la poche se vide à la pression, soit par l'orifice inférieur du canal, soit par les canalicules. Si elle est fermée, la pression ne vide plus la poche : on a la *mucocèle*... Le sac lui-même ne prend d'autre part à cet abcès que celle de l'urètre rétréci à la formation de l'abcès urineux. »

En juillet 1899, dans sa thèse inaugurale sur le

diagnostic du phlegmon du sac lacrymal, M. J. Vincent décrit, comme pouvant simuler cette dernière affection, une *inflammation suppurative du tissu cellulaire présacculaire* qui sépare en avant le sac de la peau. Cet *abcès circonscrit* ne communique pas avec le sac et peut se produire avec des *voies lacrymales intactes* en apparence (pas de larmoiement, pas de sécrétion). Ce genre de péricystite, ajoute-t-il, est d'un pronostic essentiellement bénin. Il suffit, pour le guérir, d'une légère incision évacuatrice et de quelques pansements antiseptiques. Le traitement dure à peine huit jours. M. J. Vincent apporte deux observations. Chez son premier malade, sans traumatisme d'aucune sorte, sans lésion ni trouble antérieurs des voies lacrymales, il s'est produit un *phlegmon périsacculaire* que la pression digitale ne vide pas, ni par le nez, ni par les points lacrymaux, même après un cathétérisme facile qui n'a révélé aucun rétrécissement nasal. Après l'incision de la collection purulente, ni le stylet, ni l'injection par les points lacrymaux ou par la plaie ne font découvrir de communication entre le sac et la cavité de l'abcès. Après la guérison, il n'y a pas de larmoiement et les voies lacrymales sont libres. Dans la seconde observation, l'abcès présentait la même localisation et accompagnait des voies lacrymales également indemnes ; mais il avait été provoqué par un traumatisme extérieur et la pénétration d'un corps étranger.

Le 4 février 1900, dans le *Lyon Médical*, M. le pro-

fesseur Rollet fait à nouveau, sous le nom de *tumeur prélacrymale*, le tableau de l'affection déjà décrite par M. J. Vincent. Comme lui, il trouve « une tuméfaction immobile sur les parties profondes, non réductible par la pression et dont le contenu ne se vide ni par le canal ni par les points lacrymaux. Etat lacrymal antérieur caractérisé par un écoulement muco-purulent et du larmoiement. Toutefois le cathétérisme se faisait très simplement ». Comme M. J. Vincent, il constate « une intégrité apparente des parois de l'appareil excréteur des larmes », et il se déclare partisan du traitement déjà préconisé par le même auteur. Aux constatations de ce dernier, il ajoute cependant l'hypothèse que cette tumeur prélacrymale « est le signe de l'infection de l'espace présacculaire par des germes venus du sac lacrymal » et il incrimine « un état morbide antérieur ou des lésions cavitaires concomitantes atténuées ». « A une période plus avancée, ajoute-t-il, on trouverait une péridacryocystite diffuse ou une fistulisation de l'empyème. »

Peu après, le 25 février 1900, M. Jocqs développe, dans *la Clinique ophtalmologique*, l'idée qu'il avait émise l'année précédente devant la *Société d'ophtalmologie de Paris*. Il faut qu'il y ait une perforation de la paroi antérieure du sac pour qu'il se forme une tumeur purulente dans le tissu cellulaire du voisinage. Cette perforation peut être très petite, rester fistuleuse ou au contraire se rétrécir et s'oblitérer, comme cela se produit pour les fistules cutanées. Les

grosses tumeurs lacrymales chroniques, d'autre part, sont constituées, non par le sac lui-même, mais par une poche sous-cutanée péricystique. Aiguë ou chronique, la lésion est constituée par un *abcès en bouton de chemise*, avec un orifice généralement oblong, une *fente glottique*, séparant les deux cavités, le sac et la poche péricystique.

En mai 1900, M. Rollet se défend, dans les *Annales d'oculistique*, d'avoir voulu désigner sous le terme de tumeur prélacrymale le phlegmon périlacrymal, la tumeur lacrymale enflammée ou la péricystite de M. Parinaud. Reprenant ce qu'avait déjà fait avant lui M. J. Vincent, il écrit: « Je désire aujourd'hui préciser la possibilité de l'existence d'une tumeur prélacrymale circonscrite simulant une tumeur lacrymale, sans qu'il y ait soit péricystite diffuse de Parinaud, soit perforation du sac avec abcès en bouton de chemise (Jocqs)... J'insiste aujourd'hui sur la tumeur prélacrymale, sans pus lacrymal concomitant. »

M. Armaignac, dans les *Annales d'oculistique* (novembre 1900), après avoir revendiqué la priorité pour la conception de la pathogénie péricystique de la tumeur lacrymale, ajoute: « Je crois avoir démontré que la poche précystique à contenu séreux, muqueux ou même franchement purulent, *non enflammée*, est toujours consécutive à une affection sacculaire et *communique toujours primitivement avec le sac*. J'ajoute même que dans la plupart des cas cette poche ne se produit qu'après que le sac a subi une dis-

tension plus ou moins grande, et que le cours des larmes vers le nez a été gêné ou interrompu. »

M. Ch. Aribaud, dans sa thèse inaugurale (Lyon, 1901) développe la conception de M. Rollet et précise ce que l'on doit entendre par *tumeur prélacrymale*. C'est, dit-il, une *collection* purulente de l'espace présacculaire, au-dessous du tendon direct de l'orbiculaire et *sans communication* avec le sac. Un peu plus loin, il répète : « Nous n'admettons comme tumeur prélacrymale proprement dite que les cas de poche présacculaire sans solution de continuité de la paroi antérieure du sac, et pour nous la tumeur péricystique ou sacculite perforante n'est qu'une *tumeur prélacrymale communicante ou secondaire*. » Cette collection purulente peut coïncider avec du catarrhe lacrymal, mais souvent elle se présente sur des sujets toujours indemnes d'affection lacrymale même légère. « L'état lacrymal antérieur et concomitant est nul ou très peu accentué.» M. Aribaud distingue trois variétés de la maladie qu'il décrit : *a*) la tumeur prélacrymale inflammatoire (staphylocoque, streptocoque et micro-organismes ordinaires de la suppuration), — *b*) la tumeur tuberculeuse, et — *c*) la tumeur syphilitique. Les symptômes qui la caractérisent sont : l'absence ordinaire du larmoiement, pas d'écoulement purulent ni par le nez, ni par les canalicules, voies lacrymales perméables, tumeur jamais bilobée et située au-dessous du tendon de l'orbiculaire, symptômes généraux nuls, localement : rougeur, chaleur, tumeur, douleur.

« Que la tumeur soit communicante ou non, il est évident qu'au point de vue de son étiologie, c'est le sac lacrymal qu'il faut incriminer. » Et plus loin : « S'il n'y a pas de lésion lacrymale, si tout l'appareil d'excrétion des larmes est intact, il faut admettre que les micro-organismes du sac peuvent filtrer à travers cette muqueuse paraissant saine, ou la traversent à la faveur d'une éraillure sans qu'il y ait perforation véritable. C'est là une étiologie assez obscure, que nous ne nous chargerons pas d'expliquer. » L'auteur admet d'autre part la perforation du sac, mais par propagation de l'inflammation prélacrymale à ce dernier. « Le pus peut donc fuser de dehors en dedans, quoique le plus souvent il fuse de dedans en dehors, et donner lieu, après ulcération de la paroi antérieure du sac, à un abcès en bouton de chemise, à la tumeur prélacrymale péricystique ou tumeur prélacrymale communicante. » Voici la progression que M. Aribaud assigne au processus inflammatoire aboutissant à la suppuration de la loge lacrymale : le premier degré en est la tumeur prélacrymale fermée. Si l'infection est plus virulente ou si l'on n'intervient pas, l'abcès s'ouvre ou bien à l'extérieur, ou bien dans le sac, ou bien encore dans les deux directions à la fois. L'on a ainsi, comme pour les abcès de la marge de l'anus, soit une fistule borgne externe, de beaucoup la plus fréquente, soit une fistule borgne interne constituant la tumeur prélacrymale communicante, soit une fistule complète. Enfin, la tumeur primitive peut

envahir les tissus avoisinants et donner lieu à une péridacryocystite diffuse. En définitive, la tumeur prélacrymale semble être pour M. Aribaud le premier terme de l'infection de la loge lacrymale, toutes les autres variétés de péricystite n'en étant que des complications. Malgré la bénignité apparente de l'affection, le traitement de M. Rollet paraît assez inefficace, en ce sens que, opérée ou non, l'abcès a toujours tendance à se reproduire. « Elle peut, dit M. Aribaud récidiver malgré le traitement chirurgical et c'est surtout après plusieurs récidives qu'elle donne lieu à une suppuration du sac avec ou sans communication. » Nous enregistrons enfin cet aveu : « Vu le nombre et la fréquence des affections des voies lacrymales, il est assez curieux de constater que les tumeurs prélacrymales sont assez rares, du moins dans les consultations hospitalières, et que les dacryocystites abondent ; cependant, d'après l'étiologie de ces dernières, ce devrait être le contraire. »

Dans *la Clinique ophtalmologique* du 25 août 1901, M. Jocqs revient encore sur la question pour affirmer la préexistence des lésions lacrymales. « Pour moi, dit-il, ainsi que je crois l'avoir assez clairement exposé, la poche péricystique est toujours précédée d'une dacryocystite... Que la poche péricystique provienne d'une ulcération plus ou moins largement ouverte de la paroi antérieure du sac, ou que l'inflammation se soit propagée au tissu cellulaire à travers la paroi malade, mais non ouverte, peu

m'importe ; mais je dis que toujours la lésion primitive a été un état pathologique de la muqueuse du sac... Je n'exclus d'ailleurs pas, je l'ai bien fait remarquer, la tumeur péricystique non communicante... Mais je ne peux pas admettre que la muqueuse du sac soit absolument indemne. »

Enfin, M. Louis Roche expose, en 1902, dans sa thèse inaugurale, les conceptions de M. Parinaud. L'on doit, d'après cet auteur, appliquer le nom de *péricystite*, indiqué par M. Parinaud, aux accidents aigus ou chroniques développés autour du sac. Le phlegmon du sac n'est pas l'inflammation de ce dernier, mais du tissu cellulaire environnant. « Pour que la péricystite se développe, il faut des lésions antérieures du sac ou du canal nasal. » L'épithélium normal est une barrière presque infranchissable pour les micro-organismes (Achard). Tant que le revêtement épithélial restera sain, les bactéries ne franchiront pas l'obstacle que leur oppose la muqueuse des voies lacrymales. La porte d'entrée, pour M. Jocqs, est une solution de continuité de la paroi par lésion inflammatoire cavitaire ; M. Roche estime que cette circonstance est rarement réalisée. Rare aussi l'ouverture chirurgicale résultant d'une fausse route, d'une blessure par le cathéter, d'une éraillure par une injection trop violente. La plupart du temps, la péricystite survient au cours d'une affection chronique sans qu'une cause extérieure ait favorisé la migration des microbes. L'infection de la loge lacrymale dépend surtout de l'affaiblissement de la

muqueuse altérée, de la virulence du micro-organisme et de l'espèce bactérienne en cause. La péricystite aiguë est le plus souvent due au streptocoque. Le chemin suivi est direct, dans le cas de blessure, ou indirect et par voie veineuse ou lymphatique. Lorsque l'infection est légère, tout se borne à une lymphangite réticulaire qui guérit assez rapidement sans s'abcéder ; c'est la forme érysipélateuse de la péricystite aiguë. Un peu plus intense, l'infection aboutit à une suppuration localisée ; c'est l'abcès péri-lacrymal. Enfin, avec une virulence plus marquée, on a la forme grave phlegmoneuse : le tissu cellulaire est plus profondément altéré ; la réaction, plus vive, se résout en une suppuration diffuse. Le pus, collecté, se dirige le plus souvent en arrière vers le sac, formant un abcès en bouton de chemise, divisé en deux cavités par la fente glottique de M. Jocqs. L'ouverture cutanée est moins fréquente, de même que la double fistulisation. M. L. Roche reconnaît des *péricystites aiguës*, comprenant : *a*) une forme *phlegmoneuse; — b*) une forme *érysipélateuse* ; — *c*) une forme *gangréneuse*, exceptionnelle, et des *péricystites chroniques*, présentant : *a*) une forme *enkystée* et — *b*) une forme *périostique*. « La péricystite aiguë, ajoute-t-il, est essentiellement une affection à récidives qui surviennent fréquemment, surtout si, après une première atteinte, on ne soigne pas régulièrement les voies lacrymales. » Il note, chez les femmes, l'influence de la menstruation sur ces récidives e rappelle à ce

sujet l'érysipèle cataménial, la périostite alvéolo-dentaire, les poussées de congestion utéro-ovarienne ou de pelvi-péritonite dans la blennorragie chronique, la contagion gonococcique cataméniale. « Mais, dit-il encore, il existe des cas, assez rares il est vrai, où l'état lacrymal antérieur est presque nul et parfois si peu accentué que le malade n'accuse rien comme trouble fonctionnel ; l'infection, très atténuée dans ces cas, envahit les tissus circonvoisins, mais se limite rapidement, formant ainsi un abcès bien circonscrit, situé au-devant du sac. La formation de cet abcès est accompagnée de fort peu de réaction générale ; la réaction locale est elle-même très atténuée et ce sont les symptômes physiques qui dominent la scène... Cette tumeur, saillante et bien limitée, est située au dessous du tendon de l'orbiculaire, dans la région la plus inférieure du sac et immédiatement au-devant de lui. Si on explore les voies lacrymales, on constate que le plus souvent l'injection passe dans la narine correspondante et qu'une sonde les parcourt facilement sans démontrer l'existence de rétrécissements appréciables. » Cette forme, signalée d'abord par M. Parinaud dans son mémoire, en 1891, a été décrite à nouveau, sous le nom de tumeur prélacrymale, par M. Rollet après M. J. Vincent. Elle n'est en somme que la forme circonscrite de la péricystite de M. Parinaud, loin de s'en différencier. D'autre part, les dacryocystites aiguës sans péricystite, assez rares d'ailleurs, affectent presque toujours des sacs chroniquement mala-

des, et ne tardent pas à gagner les tissus environnants, créant la péricystite phlegmoneuse.

B. — Critique

D'après l'exposé que nous venons de faire de la question, on peut résumer les caractères communs des diverses affections décrites, dans les quelques propositions suivantes :

1° Elles sont toutes le résultat d'une inflammation dont le siège est dans le tissu cellulaire environnant le sac ;

2° Cette infection reconnaît toujours une origine lacrymale, avec ou sans lésion préalable ;

3° Elle manifeste une tendance à la chronicité ou aux rechutes, lorsque le processus est aigu ; elle ne régresse pas et a une tendance aux accidents aigus répétés, lorsque le processus est chronique ;

4° Lorsqu'elle aboutit à la suppuration, la fistulisation est la règle, si l'on n'intervient pas à temps.

Pour M. Parinaud la lésion est primitivement péricystique, la perforation du sac secondaire. Pour M. Jocqs au contraire, c'est l'ouverture de la paroi antérieure du sac qui provoque la péricystite. Tous deux sont d'accord pour reconnaître que c'est l'altération de la muqueuse qu'il faut chercher à l'origine. Cependant M. Parinaud semble plutôt considérer les accidents aigus, tandis que M. Jocqs appliquerait sa conception pathogénique surtout aux états primitivement chroniques. Quant à M. Rollet, il repousse

la nécessité d'une lésion de la muqueuse ; sa tumeur est primitivement étrangère au sac, quoique l'infection vienne de lui, par un processus « qu'il ne se charge pas d'expliquer ». Tant à cause de la localisation qu'il lui assigne, que de son allure clinique et de sa bénignité apparente, il prétend en faire une entité morbide distincte. Il va même plus loin et semble considérer sa tumeur prélacrymale comme la manifestation primordiale de l'infection de la loge lacrymale, les autres variétés de péricystite n'étant alors que des complications. Et ici une contradiction nous choque, ou alors c'est que nous ne comprenons pas. Ou bien la tumeur prélacrymale doit être considérée comme une affection spéciale, autonome, n'ayant rien de commun avec les péricystites décrites par les autres auteurs, ou bien elle n'en est qu'une variété, la forme circonscrite. D'autres que nous d'ailleurs s'y sont trompés et ont même été plus loin. Nous lisons en effet dans les *Nouveaux éléments d'ophtalmologie* de MM. Truc Valude et Frenkel : « On ne confondra pas la dacryocystite avec la péricystite, assez commune, ni avec la tumeur prélacrymale, plus rare, où les voies lacrymales sont intactes, mais où il y a une poche prélacrymale parfaitement close, ne se vidant ni par en haut ni par en bas et contenant du pus. Les parois de cette tumeur prélacrymale ont une *structure identique à celle du sac lacrymal* ; il faut donc admettre que le sac d'abord ectasique a laissé ensuite la poche s'isoler et se clore. » Cette asser-

tion, formulée d'ailleurs sans preuves à l'appui, nous paraît en absolue contradiction avec les descriptions qu'ont données de l'affection MM. Parinaud, Roche, J. Vincent, Rollet et Aribaud eux-mêmes, et avec tout ce que nous avons pu observer nous-mêmes. Nous n'avons jamais constaté d'identité entre les parois de l'abcès de la loge et celle du sac, sinon lorsque ce dernier était en quelque sorte détruit par la phlegmasie et qu'il n'y avait plus trace de muqueuse, celle-ci étant remplacée par la membrane pyogénique commune à tous les abcès. D'autre part, la dernière partie de la proposition de MM. Truc, Valude et Frenkel, semblerait impliquer une concession en faveur de la conception de M. Jocqs. On peut encore comprendre la théorie de M. Rollet d'une autre façon : c'est la pathogénie de M. Parinaud considérée sous un autre angle et baptisée d'un autre nom : la tumeur prélacrymale est la péricystite type, tout le reste n'en étant que des variations. Mais cela encore implique l'assimilation de toutes ces variétés.

Le terme même de tumeur prélacrymale nous paraît en grande partie favoriser toutes ces confusions. M. Aribaud lui-même décrit la tumeur prélacrymale sous les aspects d'un véritable abcès chaud ; ce qui ne l'empêche pas un peu plus loin de distinguer des tumeurs prélacrymales tuberculeuses et d'autres syphilitiques. On tend d'ailleurs à spécialiser de plus en plus la signification du mot *tumeur*. C'est encore la définition de Cornil et Ranvier qui

paraît la meilleure et qui est généralement adoptée. Une tumeur est une *masse circonscrite constituée par un tissu de nouvelle formation résultant d'une suractivité cellulaire anormale* et ayant de la tendance *à persister ou à s'accroître*. On doit rayer du chapitre des tumeurs tous les processus inflammatoires, de même que les lésions tuberculeuses, syphilitiques, actinomycosiques et parasitaires en général et les malformations d'origine congénitale. Il n'y a pas lieu, croyons-nous, d'obscurcir la question en comprenant sous le même vocable, en même temps que les suppurations lacrymales, des lésions variées, telles que syphilomes, dépôts tuberculeux, kystes sébacés ou autres, furoncles, abcès et phlegmons d'origine extérieure traumatique. Car dans ces conditions, une affection quelconque du grand angle de l'œil pourrait être qualifiée de tumeur prélacrymale. Il n'est pas besoin pour cela de créer un terme nouveau : les anciens connaissaient déjà l'*anchilops*.

Mise à part l'impropriété du mot tumeur, la dénomination de tumeur prélacrymale ne nous semble pas non plus très heureuse à un autre point de vue. Prélacrymale, elle l'est en effet ; elle ne peut même pas être autre. Enfermé en grande partie dans sa gouttière osseuse et encapuchonné par un revêtement fibro-tendineux, le sac ne sort de son appareil contentif qu'au niveau de la portion inférieure de sa face antérieure. Là seulement sa paroi n'est plus soutenue par un plan résistant, là seulement elle est susceptible de se distendre et de subir

le maximum d'altération ; là seulement elle affecte des rapports étroits et faciles avec un espace cellulaire de quelque dimension, la seule portion aisément vulnérable de l'espace péricystique. C'est toujours là, et parce que ce ne peut être que là, que l'on rencontre et la tumeur prélacrymale, communicante ou non, et la péricystite suppurée, et la péricystite diffuse à son début, et l'abcès en bouton de chemise, et ce que l'on connaît sous le nom d'ectasie du sac. C'est toujours là que se fait la communication entre le tissu cellulaire et le sac.

Poursuivant l'érection de la tumeur prélacrymale en entité morbide autonome, M. Rollet compare sa fistulisation à celle des abcès de la marge de l'anus. La fistule lacrymale borgne externe ou tumeur prélacrymale ulcérée serait de beaucoup la plus fréquente ainsi que la fistule anale borgne externe. L'analogie n'est pas complète et la comparaison ne nous semble guère acceptable. Il ne faut pas oublier en effet qu'au moins 8 fistules anales sur 10 ont une origine tuberculeuse, tandis que les suppurations lacrymales dont il s'agit sont dues, pour la plupart, aux microbes pyogènes ordinaires, le staphylocoque surtout et le streptocoque.

Quoi qu'on en dise, la tumeur prélacrymale est la limitation de l'inflammation des espaces péricystiques à leur portion la plus voisine de la source de l'infection. On doit la faire rentrer dans le cadre des infections péricystiques en général. Outre son inutilité, le terme de tumeur prélacrymale ne peut que

semer la confusion. Il n'apprend rien ni sur la nature, ni sur l'origine de l'affection ; il n'implique aucune notion étiologique ou pathogénique ; bien mieux, s'il éveille quelque idée précise, c'est pour égarer les esprits ; à peine évoque-t-il une localisation anatomique. Ce ne pourrait être qu'un intitulé de chapitre.

L'affection décrite par MM. J. Vincent, Rollet et Aribaud n'est qu'une forme de la péricystite aiguë de M. Parinaud, forme restreinte, peu intense, localisée à son point d'infection originelle (région prélacrymale inférieure), occasionnant peu de désordres à cause d'une virulence microbienne peu accentuée et parce qu'évoluant au niveau de voies lacrymales peu altérées et non suppurantes, on même sans lésion manifeste ; s'ouvrant par la peau lorsque les tissus sous-jacents, et la muqueuse notamment, peu atteints, résistent et se défendent encore, n'ayant pas été affectés par la nécrose toxi-microbienne. La tumeur prélacrymale n'est qu'une *péricystite suppurée circonscrite*.

Sur le même sujet d'ailleurs, M. Castresana y Goicoetchea, dans son rapport au *XIV^e^ Congrès International de médecine* (Madrid, 1903), s'exprime ainsi : « Si nous jugeons froidement et sans passion les différentes opinions émises par ces auteurs sur cette question, nous devons confesser que les affections dénommées péricystite par les uns et tumeur prélacrymale par les autres, ne sont pas deux maladies différentes, mais une même entité morbide. »

Si nous résumons le débat : tout le monde étant d'accord pour voir dans les voies lacrymales l'origine de l'infection de l'espace péricystique, toute la question est de savoir :

1° Si l'infection de la loge peut se produire avec ou malgré un sac indemne ;

2° Si, le sac étant malade, sa perforation est nécessaire pour l'évolution d'une péricystite, ou si, ne l'étant pas, il est de règle qu'elle précède l'invasion du tissu cellulaire ou n'est que la conséquence de l'inflammation suppurative de celui-ci.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE MICROBIENNE DE L'INFECTION LACRYMALE

Les auteurs en général, incités, dans leur ardeur à poursuivre la vérité, par la louable et légitime prétention de faire prévaloir leur opinion, ont une fâcheuse tendance à être trop exclusifs dans l'exposé de leurs conceptions et dans les conséquences qu'ils en tirent. Il convient en effet de ne pas trop se cantonner dans la description pure des cas particuliers ni de s'efforcer de les isoler en entités bien différenciées, alors que toutes les circonstances de fait proclament qu'ils ont entre eux des liens de parenté très étroits. Une vue d'ensemble seule permettra d'arriver à concevoir une idée plus nette de la question. Ce n'est pas en multipliant les subdivisions par des caractères distinctifs plus apparents que réels et en créant des classifications artificielles que l'on tendra vers la solution du problème. Il nous a paru qu'en retenant les conditions spéciales dans lesquelles se trouvent la loge lacrymale et son contenu, on pouvait assez facilement, avec ce que l'on connaît de l'étiologie et de la pathogénie des infections des

autres organes de l'économie, parvenir à concilier et expliquer toutes les manifestations paradoxales de l'infection lacrymale, sujet de tant de discussions et cause de tant de confusion.

Un coup d'œil sur l'étiologie de ces affections lacrymales et périlacrymales nous semble tout d'abord nécessaire pour éclairer leur pathogénie.

Widmark (1884), examinant directement le pus de 37 cas de dacryocystite, trouve toujours des microcoques isolés, des streptocoques, des diplocoques. Ces microbes sont toujours extracellulaires et l'auteur constate leur virulence.

Sattler (1885) retire des sécrétions du sac, en grande abondance, des staphylocoques (albus et citreus) ; ils sont peu virulents et constituent 80 o/o de la totalité des germes découverts. Viennent ensuite, en moindre quantité, le staphylococcus aureus (très virulent), le pneumocoque de Friedlander, le micrococcus cereus, 6 espèces de bacilles, et jamais de streptocoque.

De nouveau, en 1885, Widmark publie le résultat de ses recherches. Ses examens lui ont montré le staphylococcus pyogenes albus et aureus, le streptococcus pyogenes et un microbe bacilliforme. Dans 12 cas de dacryocystite phlegmoneuse il n'a constamment trouvé que des microcoques : cinq fois le streptocoque pur et une fois associé au staphylococcus albus.

En 1887, il rapporte ses constatations faites dans 4 cas de dacryocystite phlegmoneuse. Il a vu une fois

le streptocoque pur, une fois associé au staphylocoque blanc, une autre fois au staphylocoque doré et une fois ce dernier à l'état de pureté. Tous étaient virulents.

Il fait remarquer enfin, en 1891, qu'il trouve très fréquemment le streptocoque dans les dacryocystites phlegmoneuses.

M. Parinaud, au sujet de la péricystite lacrymale, en 1891, et de la conjonctivite à streptocoques, en 1892, observe que le pus de la tumeur lacrymale contient surtout des staphylocoques blancs ou dorés, virulents, des bactéries nombreuses peu ou pas virulentes, des streptocoques plus rarement. Le streptocoque, remarque-t-il, se rencontre exclusivement dans les inflammations aiguës des voies lacrymales et en particulier dans les phlegmons et les péricystites phlegmoneuses.

Mercanti, en 1892, note un bacille analogue au bactérium coli commune dans le produit de la dacryocystite d'un nouveau-né.

M. Levinçon (1893) a examiné le pus de 7 cas de dacryocystite. Il relève constamment la présence du staphylocoque qu'il rencontre quatre fois pur, une fois associé au streptocoque, une fois au bactérium termo et une fois à un bacille fluorescent non liquéfiant.

D. Basso, de Gênes, incrimine le diplocoque de Frænkel.

M. Morax (1894) déclare avoir vu presque toujours le streptocoque, le plus souvent pur et de virulence variable, dans l'inflammation aiguë des voies

lacrymales. En revanche, il n'en a jamais découvert dans la tumeur lacrymale non enflammée.

M. Mazet (1895), dans 6 observations de suppuration phlegmoneuse, décèle cinq fois le streptocoque : deux fois pur et trois fois associé à trois espèces de bacilles non pathogènes pour le cobaye et le lapin — et une fois, dans un cas d'empyème bilatéral le bactérium coli commune associé au bacillus mesentericus vulgatus, non pathogène. Dans les suppurations circonscrites subaiguës, il trouve constamment le staphylocoque, très virulent, pur ou associé à des hôtes habituels de la conjonctive : saprophytes, bacille de Weeks (Weeks, Morax), sarcina lutea (Fick, Gombert).

M. Aribaud (1901), sur deux examens de pus, rencontre une fois le staphylocoque doré et une fois le streptocoque pur ; ce dernier dans un cas de tumeur prélacrymale ayant des allures phlegmoneuses.

M. L. Roche (1902) observe régulièrement le streptocoque à l'état de pureté dans la péricystite à forme phlegmoneuse ou érysipélateuse. Il cite MM. Morax et Veillon qui ont trouvé le streptocoque associé à des anaérobies (bacillus funduliformis de Hallé et un cocco-bacille non identifié) dans un cas de péricystite gangréneuse à pus fétide.

De toutes ces constatations, il résulte que le staphylocoque et le streptocoque, régulièrement rencontrés par tous les observateurs, sont les agents ordinaires de l'infection lacrymale. Une autre conclusion

très importante se présente immédiatement à l'esprit, c'est que l'espèce microbienne et sa virulence semblent jouer un rôle prépondérant dans la localisation et l'allure clinique des infections et suppurations lacrymales. Les dacryocystites chroniques, sans invasion du tissu cellulaire avoisinant, seraient dues surtout à des staphylocoques peu virulents, albus et citreus notamment. Le staphylococcus aureus, plus virulent, provoquerait la pyorrhée du sac et, franchissant la muqueuse, infesterait l'espace périlacrymal où il occasionnerait des suppurations aiguës circonscrites : ce seraient la péricystite circonscrite de M. Parinaud, la tumeur prélacrymale enflammée de M. Rollet, l'empyème subaigu de certains auteurs, l'abcès en bouton de chemise et la péricystite communicante de MM. Jocqs et Armaignac. Quant au streptococcus pyogenes, on le rencontrerait exclusivement dans les suppurations plus étendues, plus graves, à allure phlegmoneuse, dont il serait l'auteur principal. C'est à lui qu'il faudrait attribuer le phlegmon du sac, la péricystite phlegmoneuse ou érysipélateuse, l'empyème phlegmoneux, etc. Dans quelques cas cependant, on pourrait trouver le staphylocoque associé au streptocoque et assez souvent le pneumocoque et des bactéries diverses, de second plan, associées à l'un et à l'autre. Enfin, mais alors d'une façon accidentelle, on pourrait incriminer le bacterium colicommune ou des microbes anaérobies.

Il n'en est pas moins vrai que le tableau que nous

venons de tracer, dans ses grandes lignes, constituerait la règle. Suivant une première hypothèse, chacune de ces espèces pourrait envahir primitivement et isolément les voies lacrymales, occasionnant une maladie dont les symptômes et la marche correspondent à la virulence et au mode d'invasion du microbe envisagé. D'un autre côté, un second micro-organisme, plus actif ou plus virulent, pourrait venir s'associer à l'agent déjà installé et communiquer à l'affection un nouvel aspect en rapport avec les caractères de son individualité.

Comment agissent ces bactéries ? Comment envahissent-elles l'appareil lacrymal ? Comment se propagent-elles aux tissus voisins ? Par quelle voie s'effectuent leurs migrations ? Par quels phénomènes manifestent-elles leur activité et quels en sont les résultats ? La disposition et la structure anatomiques de la région envisagée d'une part, l'analogie avec ce qui se passe dans d'autres organes constitués ou situés dans des conditions comparables d'autre part, et enfin la façon habituelle dont se comportent ces micro-organismes, lorsqu'ils sont placés dans des circonstances identiques, vont nous fournir des éléments d'appréciation suffisants et nous permettre d'envisager une thérapeutique éclairée et efficace.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE DE L'INFECTION LACRYMALE

La cause première des rétrécissements du canal nasal et des dacryocystites est donc l'infection de la cavité et des parois de l'organe. Cette invasion résulte ordinairement de la propagation d'une infection de la pituitaire, mais nous croyons que, dans quelques cas, elle peut se faire aussi par la voie sanguine. Telle serait par exemple la pathogénie de ces dacryocystites survenant après des attaques de grippe, après l'accouchement, après certaines maladies infectieuses. L'état local jouerait d'ailleurs un rôle important dans la fixation de ces infections. Le streptocoque, notamment, trouverait un terrain très favorable au niveau de lésions peu marquées, produites par un staphylocoque peu virulent jusque-là. On sait qu'à l'état normal, le streptocoque ne se trouve qu'exceptionnellement à la surface de la conjonctive ; certains même (Cuénod) ne l'y ont jamais rencontré ; et la présence du coli-bacille n'a jamais été signalée.

L'action microbienne peut encore être favorisée

par l'obstruction inflammatoire ou fibreuse du canal nasal. Le sac lacrymal se trouve ainsi transformé en une cavité close où les microbes normaux, emprisonnés, acquièrent une virulence exaltée et peuvent devenir un foyer de polyinfection dont le staphylocoque et le streptocoque sont les principaux agents. Mais il ne faut pas oublier que le sac enflammé reste fréquemment perméable. L'oblitération ne peut être considérée que comme un facteur de gravité ou une cause favorisante de l'infection qui demeure la cause primordiale. Elle trouve dans la structure histologique du canal lacrymo-nasal et dans ses dispositions anatomiques des causes secondes. A notre avis, c'est à l'abondance du tissu lymphoïde de cet organe qu'il faut attribuer la prédilection de l'infection à se fixer sur le sac et le canal nasal. Si la virulence de ce foyer infectieux s'exalte parfois au point de détruire les parois du sac en un temps très court, il semble bien que la stagnation microbienne et la mise en tension de l'organe oblitéré interviennent comme éléments d'aggravation.

L'existence des follicules lymphatiques dans le chorion de la muqueuse normale des voies lacrymales, bien que mise en doute par certains auteurs, ne nous paraît pas contestable. Tous s'accordent néanmoins pour reconnaître que le gonflement inflammatoire de cette membrane est dû essentiellement à une infiltration d'innombrables éléments cellulaires, s'accumulant en amas circonscrits au niveau de ces follicules, qu'ils ne feraient que simuler pour

quelques-uns. Le tissu adénoïde des voies lacrymales, de même que celui de la pituitaire respiratoire, est constitué, comme tous les tissus adénoïdes en général, par des amas de cellules lymphatiques occupant les mailles d'un tissu conjonctif réticulé, formé par des fibrilles conjonctives très minces supportant des cellules endothéliales. Ce réticulum se condense autour des capillaires qui le parcourent.

On peut considérer deux phases dans la réaction du follicule vis-à-vis des microbes et de leurs toxines. Dans une première période d'*engorgement*, on voit apparaître des leucocytes polynucléaires, qui font défaut dans le follicule normal, arrivant par la voie lymphatique ou par la voie sanguine. En même temps, les cellules fixes du réticulum et les cellules endothéliales appliquées à la surface des travées conjonctives se gonflent, se détachent et se mêlent aux gros mononucléaires circulant dans la lymphe. Toutes ces cellules sont pourvues d'un grand pouvoir phagocytaire. Si l'infection ne dépasse pas leur résistance, elles englobent les bactéries ; si l'infection est trop toxique, elles se nécrosent. La réaction peut s'arrêter là et la résolution survenir, entraînant la *restitutio ad integrum*. La congestion diminue et disparaît. Les leucocytes qui encombrent les espaces lymphatiques rentrent dans la circulation. Les débris nécrosés disparaissent par phagocytose. Les cellules endothéliales du réticulum restées en place restaurent ce tissu. — Mais, lorsque la défense phagocytaire est insuffisante, aux phénomènes

réactionnels succèdent, dans une deuxième phase, des lésions destructives : la *suppuration* se produit. Il y a nécrose des cellules endothéliales et destruction des cellules lymphatiques. Il se forme de petits foyers grisâtres qui confluent en un abcès. La couche cellulaire ambiante prend une part fréquente au processus, soit que les microbes y aient été amenés par voie lymphatique, soit qu'ils l'inoculent après rupture de l'abcès folliculaire.

Par conséquent, suivant la virulence de l'agent microbien causal, l'infection du canal lacrymo-nasal peut se borner à une infiltration inflammatoire des tuniques de l'organe, ou aboutir à des foyers de suppuration occupant l'épaisseur de ses parois et pouvant les perforer, ou même, dans des cas plus rares, frapper l'organe de gangrène plus ou moins étendue.

Dans la première éventualité, on aura la forme catarrhale, celle que l'on rencontre ordinairement dans le simple rétrécissement nasal et dans les dacryocystites chroniques au début. Il se produit une accumulation de cellules infiltrant la muqueuse, le chorion et même quelquefois les plans sous-jacents. Mais la lésion la plus remarquable est celle des follicules. Ceux-ci, infiltrés, s'hypertrophient et peuvent atteindre un volume considérable, saillant dans la cavité sous la forme de bourgeons, de productions polypoïdes (V. Hertel). Autour d'eux, dans les espaces lymphatiques périfolliculaires, de nombreux leucocytes s'accumulent. Il y a *folliculite* et

périfolliculite. Les lymphatiques efférents de la zone malade constituent des agents de propagation de l'infection. C'est par une véritable lymphangite interstitielle que l'inflammation du tissu lymphoïde du chorion gagne toute l'épaisseur de la paroi de l'organe et peut atteindre les tissus péricystiques, donnant même lieu à de la péricystite cellulaire ou périostique.

Parvenues à ce point, les lésions peuvent se résoudre — le cas est rare — ou passer à l'état chronique, ou encore n'être que la première étape d'une dacryocystite suppurée. C'est au centre du follicule que le pus fait son apparition. Il résulte de la destruction des éléments lymphatiques par les toxines et, peut-être, de l'oblitération des vaisseaux comprimés par les leucocytes agglomérés au niveau du follicule ou par thrombose septique. Ce petit abcès folliculaire peut s'ouvrir et se vider vers la muqueuse créant ainsi une ulcération. Ou bien il évolue vers la périphérie ; les leucocytes infectés migrent du foyer purulent vers les tissus péricystiques par les voies lymphatiques. Deux ou plusieurs petits abcès folliculaires peuvent même confluer et donner lieu à une collection plus importante. Ainsi se forment des abcès en pleine épaisseur de la paroi ; en se développant ils peuvent crever des deux côtés, ouvrant une perforation qui inocule les tissus voisins. Il est évident que ces inoculations, avec ou sans perforation, ne se produiront guère qu'au niveau de la région qui, seule, permet cette propagation, c'est-à-

dire au niveau de la partie inférieure de la face antérieure du sac, au-dessous du ligament palpébral interne. La forme de cette ouverture revêt généralement l'aspect d'un trou ovalaire (fente glottique de M. Jocqs) ou d'un pertuis punctiforme. Mais, comme nous l'avons vu, cette lésion perforante n'est point nécessaire pour que l'espace péricystique soit infecté : il suffit que, par l'intermédiaire des lymphatiques, les microbes soient conduits à travers la paroi jusqu'au tissu cellulaire. Ce processus est tout à fait analogue à celui qui se produit dans les péritonites par migration transpariétale, sans perforation, des microbes intestinaux (appendiculaires en particulier) et vésiculaires dans la cholécystite.

Pour peu que l'infection soit virulente ou ancienne, les organes péricystiques, tissu cellulaire et périoste, participent presque toujours à l'inflammation dacryocystique, soit par lymphangite interstitielle et transpariétale, soit par inoculation directe résultant d'une lésion ulcérative ou perforante. Suivant la gravité même de cette contamination (virulence, espèce microbienne, voie de migration), la forme de la réaction péricystique variera. Si le tissu ambiant n'est que légèrement infecté, sa réaction peut se borner à la première phase de l'inflammation et se terminer par résolution, sans suppurer. Mais souvent, même dans ces cas, l'infection persiste, prête à se manifester de nouveau sous forme de rechutes. C'est la forme que l'on rencontre le plus souvent lorsqu'il n'y a pas de perforation du sac. Cependant,

si la virulence du microbe est assez grande ou s'il s'est produit une invasion abondante, l'inflammation peut aboutir à une suppuration circonscrite péricystique, sans lésion perforante ; quoique, ordinairement, la suppuration succède à la perforation de la paroi. Enfin, il peut se produire une péricystite beaucoup plus étendue, avec phénomènes réactionnels intenses. Le streptocoque en est généralement l'agent pathogène. Le sac est ici précocement perforé et le sphacèle de sa paroi assez étendu.

Pour nous, la dacryocystite est *l'infection de la muqueuse et du tissu adénoïde* sous-muqueux. *La lésion essentielle est la folliculite,* lésion primitive et prépondérante. Rien ne permet de supposer que le tissu lymphoïde de l'appareil lacrymal excréteur se comporte, vis-à-vis de l'infection, autrement que le tissu lymphoïde des autres organes. Il en est de ses follicules comme de ceux de l'amygdale dans l'amygdalite, de l'intestin dans l'appendicite, la fièvre typhoïde, la dysenterie, voire de ceux du ganglion lymphatique dans l'adénite.

Il résulte de ces considérations pathogéniques que non seulement une solution de continuité dans la paroi du sac ne paraît pas indispensable pour l'infection péricystique, mais encore que celle-ci peut se produire avec des voies lacrymales normales en apparence, nous voulons dire suffisant encore à l'évacuation des larmes, sans rétrécissement constatable et sans sécrétion pathologique. Ces conditions, il est vrai, seront rarement réalisées ; mais l'éventualité

en est théoriquement possible et l'on en rencontre en effet quelques cas. Les abcès localisés de la loge lacrymale, les péricystites suppurées circonscrites, siègent constamment dans cet espace prélacrymal que leur assigne M. Rollet, correspondant au siège électif des lésions sacculaires qui en constituent l'origine, au niveau de la paroi antéro-inférieure du sac, cette soupape d'échappement des infections lacrymales.

La condition nécessaire des phlegmasies péricystiques est l'altération infectieuse de la paroi du canal lacrymo-nasal. C'est par l'intermédiaire des lésions profondes de celle-ci et par la migration microbienne transpariétale, lorsqu'il n'y a pas perforation, que l'infection arrive aux nappes conjonctives de la loge lacrymale. Les sujets chez qui se produit la péricystite n'ont pas des voies lacrymales saines. C'est aux microbes présents et à leurs produits solubles qu'il faut rapporter l'action pathogène.

Comme nous l'avons dit, dans certaines conditions, une crise aiguë de dacryo-péricystite peut se terminer par guérison spontanée, sans suppuration. Quelquefois tout rentre dans l'ordre et la guérison paraît définitive, jusqu'à ce qu'un nouvel accès démontre qu'il n'en était rien. Plus souvent, il persiste une sensation de gêne dans le grand angle, ou même des phénomènes douloureux susceptibles d'exagération passagère. La pression au niveau du sac réveille une douleur qui n'apparaît pas spontanément. De nouvelles crises aiguës ou subaiguës peuvent se

produire, sans conséquences plus graves que la première ; mais chacun sait que ces malades sont fort exposés à voir subitement se développer un véritable abcès ou même un bruyant phlegmon du grand angle. En réalité, la guérison n'est jamais complète entre ces poussées inflammatoires. Il subsiste, dans la muqueuse elle-même ou autour d'elle des lésions chroniques, reliquat des inflammations antérieures. Au niveau de ces lésions persistent, à l'état latent, des micro-organismes dont l'action pathogène se réveille, à l'occasion des moindres causes, et trouve des conditions favorables dans les altérations de la muqueuse et des tissus avoisinants. Il se passe ici le même phénomène que dans l'appendicite chronique ou à rechutes, pour laquelle Mlle Von Mayer fournit la preuve de ce « microbisme latent » en démontrant la présence de bactéries dans les parois de l'appendice et dans les cicatrices résiduales périappendiculaires. Comme pour l'appendice, nous sommes convaincu que, dans ces dacryocystites chroniques, il n'y a pas un parallélisme exact entre l'intensité des phénomènes subjectifs et la gravité des lésions. On peut rencontrer, suivant le moment de l'évolution de ces dernières, un sac avec une muqueuse épaissie, hypertrophiée, présentant une hyperplasie considérable des follicules lymphatiques, ou au contraire une muqueuse amincie, atrophique, ayant subi une transformation fibreuse plus ou moins étendue ; il pourra même exister une véritale infiltration graisseuse des parois de l'organe.

Nous avons, à dessein, jusqu'ici négligé de parler de la dacryocystite chronique avec infection manifeste, se traduisant par des rétrécissements ou même une obstruction du canal nasal, avec sécrétion catarrhale ou purulente, refoulement et tumeur lacrymale, et pouvant même présenter des épisodes inflammatoires aigus.

La muqueuse du sac sécrète à l'état normal une très petite quantité d'un liquide transparent et filant. Au microscope, on y trouve toujours quelques cellules épithéliales à cils vibratiles. Lorsque la sécrétion des voies lacrymales augmente, son produit se trouble, le nombre des cellules épithéliales augmente. Puis apparaissent des filaments blanchâtres ; les cellules vibratiles deviennent de plus en plus rares et sont remplacées par un nombre de plus en plus considérable de cellules tendant à prendre les caractères de cellules à mucus ; l'épithélium lacrymal subit en grande partie la dégénérescence caliciforme. Plus tard apparaissent des cellules lymphoïdes, des globules de pus, dont le nombre va croissant. On peut alors trouver dans la sécrétion quantité de microbes pathogènes (Sattler). La muqueuse, à cette période, est très épaissie ; elle offre un aspect tomenteux et présente des saillies papilliformes, qui ne sont que des follicules lymphatiques hypertrophiés. Dans le canal nasal, cette infiltration entraîne l'obstruction. Certains de ces follicules s'ulcèrent à la surface de la muqueuse et entretiennent la sécrétion purulente. La mise en tension du sac tend à provoquer sa dilata-

tion, et, naturellement, ses effets se font sentir sur le point le plus faible, celui où la paroi n'est soutenue ni par le squelette ni par le revêtement fibro-tendineux, c'est-à-dire en avant et en bas, au-dessous du tendon direct de l'orbiculaire. Ce point, en état de moindre résistance, devient tout désigné pour une perforation. C'est ce qui se produit généralement, car le processus infectieux ne s'arrête pas au degré où nous en sommes. A ce niveau où la muqueuse distendue tend à s'amincir, la fonte purulente des follicules entraîne ordinairement sa perforation, soit au moment même de la rupture de la collection, soit après son ouverture dans la cavité du sac, lorsque son ulcération a réduit l'épaisseur de la muqueuse à un degré où elle ne peut plus résister, soit encore par l'ouverture de l'abcès folliculaire vers l'extérieur, où il provoque une petite poussée inflammatoire localisée qui achève la perforation. A partir de ce moment l'abcès péricystique, la tumeur lacrymale, est réalisé. La cavité ne fera que s'accroître et pourra atteindre un volume considérable : elle se revêt d'une membrane sécrétante, néo-membrane de défense, qui contribue à entretenir la suppuration. Son accroissement pourra présenter quelques épisodes inflammatoires répétés ou même être interrompu par un phlegmon péricystique. Pendant ce temps les autres follicules infiltrés s'ulcèrent les uns après les autres. Si une infection plus virulente ne vient pas se greffer sur la première, la maladie peut tendre vers la guérison. Cette marche sera toujours très longue, car la

muqueuse ne subit pas en tous ses points à la fois les mêmes altérations ; alors que certaines ulcérations sont presque cicatrisées, d'autres follicules n'en sont encore qu'à la phase d'infiltration inflammatoire. L'ulcération se déterge, son contenu s'élimine ; le fond bourgeonne. Il est formé d'un tissu embryonnaire avec des vaisseaux très friables. Ce tissu se transforme en tissu conjonctif pigmenté qui opère lentement la cicatrisation. Ces transformations ont pour conséquence l'amincissement de la muqueuse qui, de rouge et veloutée, devient ardoisée, lisse, quoique encore parsemée d'élevures verruqueuses qui ne sont que des follicules à la phase d'hypertrophie. En même temps et par la même cause, la purulence de la sécrétion diminue ; celle-ci devient plus fluide et ne présente que quelques filaments. Le rétablissement assez fréquent de la perméabilité à cette période s'explique de la même façon, car la muqueuse du canal nasal proprement dit subit les mêmes phénomènes que celle du sac. A ce moment, la pression pourra vider par le nez le contenu de la cavité péricystique, ce qu'elle ne pouvait faire avant. Cette cavité néanmoins persiste et, par la stagnation et la pullulation microbienne qu'elle favorise, expose le malade à tous les dangers d'une inflammation aiguë. Dans tous les cas, ce n'est pas le sac qui est dilaté, ou du moins il l'est extrêmement peu, *la tumeur lacrymale est une cavité néoformée, secondaire à la perforation de la paroi antérieure du sac, et creusée aux dépens des tissus péricystiques*. Alors même que

la muqueuse du sac paraît s'être guérie par le processus atrophique que nous venons de décrire, l'infection n'en persiste pas moins. Outre qu'elle est entretenue par le cul-de-sac péricystique, les agents pathogènes subsistent dans la profondeur même de la muqueuse. Ici encore, le fait essentiel qui doit dominer le pronostic et le traitement est que la gravité des lésions est loin d'être en rapport avec la gravité apparente des symptômes cliniques.

FORMES CLINIQUES

La lésion primordiale de toute infection lacrymale étant constituée, selons nous, par la folliculite, nous distinguerons, parmi les dacryocystites, les formes suivantes :

A. — *Formes aiguës*

1° *Dacryocystite aiguë simple* ou *cavitaire.* — Infection et manifestations morbides limitées au sac et au canal nasal. Forme assez rare ;

2° *Dacryo-péricystite non suppurée.* — Forme larvée, guérissant spontanément par résolution après la phase de congestion et d'infiltration de l'inflammation ;

3° *Dacryo-péricystite suppurée circonscrite.* — Forme bénigne, due le plus souvent au staphylocoque doré. Il peut y avoir perforation primitive de la paroi antérieure du sac, bien qu'elle ne soit ni néces-

saire, ni constante. Mais dans les cas où elle ne préexistait pas, elle se fait presque toujours secondairement ;

4° *Dacryo-péricystite suppurée diffuse.* — Forme intense, due le plus souvent au streptocoque. La perforation de la paroi antérieure du sac est ici constante et précoce. On peut considérer une variété gangréneuse, rare il est vrai, de cette forme.

B. — *Formes chroniques*

1° *Dacryocystite chronique simple* ou *cavitaire.* — Elle présente suivant son évolution, plusieurs variétés. C'est d'abord : *a*) le *rétrécissement lacrymo-nasal*, lorsque l'infection limite ses manifestations à cette portion des voies lacrymales ; puis : *b*) la *dacryocystite chronique catarrhale*, où le sac, malade à son tour, exagère ses sécrétions, et enfin : *c*) la *dacryocystite chronique purulente*. Dans toutes les variétés de cette forme, l'infection est limitée, du moins cliniquement, à la muqueuse lacrymo-nasale et n'a pas envahi les tissus circonvoisins ;

2° *Dacryo-péricystite chronique.* — Cavité péricystique communiquant avec le sac par une perforation de la paroi antérieure. Cette forme comprend une seconde variété *périostique*, dans laquelle l'invasion des tissus ambiants, au lieu de se faire à travers la paroi antérieure, s'est produite vers la gouttière osseuse.

Nous croyons avoir suffisamment développé les

caractères de ces différentes formes de l'infection lacrymale pour n'avoir pas besoin d'insister davantage sur leur diagnostic.

CHAPITRE VI

CONSIDÉRATIONS SUR LES MÉTHODES USUELLES DE TRAITEMENT

Le nombre et la variété des traitements proposés contre les dacryocystites sont une preuve de leur fréquente inefficacité. L'accord est d'ailleurs loin d'être fait sur les indications respectives de chacun des procédés préconisés.

A. — Les procédés conservateurs

L'*électrolyse*, utile dans la phase congestive et hyperplasique de l'inflammation catarrhale, doit échouer lorsque l'infection s'est installée dans toute l'épaisseur de la muqueuse. Elle amène une amélioration passagère par son action sur les couches superficielles, mais n'arrête pas l'évolution de la maladie, lorsque celle-ci est déjà assez avancée.

L'opération de *Stilling* est un traitement palliatif non curateur. Elle permet l'évacuation d'une collection septique, l'ouverture d'un empyème enkysté du du sac. Elle peut prévenir l'apparition de phlegmons

aigus. Même en y associant des irrigations détersives et antiseptiques, elle ne constitue pas une méthode assez radicale contre les lésions de la muqueuse. Elle a le gros inconvénient, alors qu'une lésion bénigne ou initiale a permis la guérison, de laisser une mutilation qui compromet le tonctionnement ultérieur de voies lacrymales qui pourraient être encore suffisantes. Dans la grande majorité des cas elle ne produit qu'une atténuation du mal sans plus. Elle ne mérite d'être retenue qu'à titre d'opération d'urgence pour éviter l'infection ou l'aggravation de plaies ou d'altérations cornéennes.

Le *curettage* du sac, *sans incision* cutanée, suivant les procédés de M. Tartuferi (1883) et de M. Terson (1892), nécessite le débridement large du canalicule, supérieur de préférence. Nous avons déjà signalé l'inconvénient de toute mutilation portant sur les voies lacrymales supérieures. De plus, ce procédé ne permet qu'un curettage aveugle et par conséquent très incomplet de la région malade. Le dôme, en particulier, échappe presque fatalement à un nettoyage complet. Voici du reste comment s'expriment, au sujet de cette intervention, MM. De Lapersonne et Rochon-Duvigneaud (*loc. cit.*) : « Malgré les succès et les améliorations dues au curettage sans incision cutanée, malgré certains avantages incontestables de cette méthode, nous ne pensons pas qu'elle représente un moyen de guérison radicale dans la plupart des cas de dacryocystite où elle paraît indiquée. Elle est très utile quand la muqueuse n'est

pas trop malade, qu'il s'agit de faire sauter un éperon ou quelques fongosités qui entretiennent l'obstruction et la suppuration. Mais elle échoue dans les cas fréquents d'altération profonde et généralisée de la muqueuse. » Précisément, la difficulté réside dans l'appréciation exacte des altérations de la muqueuse. Nous avons vu qu'elles ne sont pas en rapport direct avec l'allure clinique de l'affection et qu'elles sont généralement profondes et étendues.

Quant au *curettage* à travers une *boutonnière cutanée*, suivant la méthode de DESPAGNET (1891), s'il peut se pratiquer avec une force et une précision plus adéquates, il reste quand même généralement insuffisant. Car il ne modifie pas comme il conviendrait les couches profondes, il favorise l'infection des parties saines par les traumatismes qu'il produit et est presque toujours impuissant à procurer une guérison définitive.

La *thermocautérisation non destructive* ou cathétérique de PANAS est un moyen plus puissant que les précédents. Elle est d'une part difficile à régler si on ne veut que modifier la surface de la muqueuse ; et d'autre part si l'on agit plus profondément, elle n'est plus que la destruction pure et simple du sac. Dans l'une ou l'autre alternative elle ne répond pas au but poursuivi : elle ne l'atteint pas ou elle le dépasse.

En résumé, tous ces procédés ne peuvent donner de résultat définitif que lorsqu'ils s'appliquent à des lésions superficielles et peu avancées, état que l'on rencontre bien rarement en clinique. Lorsque la

méthode d'Anel-Bowman n'a pas amené la guérison, il est bien exceptionnel qu'on l'obtienne par une des interventions précédentes. La plupart du temps elles procurent une amélioration passagère, elles ne guérissent pas.

B. — L'occlusion (destruction et extirpation du sac)

C'est alors qu'on a ordinairement recours à la suppression du sac, se conformant encore au principe posé par Desmarres : « Dans l'hydropisie du sac, dans les cas de tumeur et de fistule lacrymales traitées pendant plusieurs mois sans résultats, ou bien avec un résultat provisoire qui ne se maintient pas, dans les obstructions complètes du canal, dans les caries des os, quelle conduite tiendra-t on ? C'est à tous ces cas que *l'occlusion* est applicable. »

A cet effet, deux procédés sont en présence : la destruction et l'extirpation. Loin de les employer indifféremment, on s'est efforcé d'en préciser les indications. La *destruction*, qui se fait généralement au moyen du thermocautère, implique la non-réunion immédiate de la plaie, des pansements cavitaires, une cicatrisation lente. On la pratique dans les cas de tuberculose des voies lacrymales, avec fistules fongueuses, carie des os, adénite ; dans les cas de grosses tumeurs lacrymales, d'abcès volumineux, et d'une façon générale chaque fois que des inflammations péricystiques anciennes, des adhérences, l'in-

duration des tissus, des lésions osseuses rendent impossible une excision complète du sac et que seule la destruction ignée profonde peut donner l'assurance d'une cicatrisation définitive.

L'*extirpation* sanglante est ordinairement proposée dans tous les cas de dacryocystite non fistulisée et non tuberculeuse, sans lésions osseuses, dans la mucocèle, dans l'obstruction fibreuse du canal et enfin chez les ouvriers et les malades devant subir une opération sur le globe ou présentant des ulcérations cornéennes.

Presque toutes ces indications ont un caractère bien empirique et ne se préoccupent nullement de l'étiologie ou de la pathogénie de l'affection. Nous n'en retiendrons que l'indication tirée de la tuberculose des voies lacrymales et l'extirpation d'urgence dans les opérations sur le globe et les infections de la cornée. Ce qui montre bien que ces conceptions reposent sur une base peu solide, c'est la fréquence des insuccès qu'entraîne leur application — nous voulons surtout parler de l'extirpation. L'on admet généralement que chaque fois que celle-ci a été complète, la guérison est rapide, il n'y a ni récidive ni fistulisation de la cicatrice. Oui, cette guérison se maintient pendant une période assez longue ; elle peut même être définitive. Mais si l'on revoyait tous ses opérés longtemps après, au bout de quelques années, parfois beaucoup plus tôt, on constaterait qu'un grand nombre ne sont pas guéris ; qu'ils présentent une cavité, qui peut être vaste, à la place du sac

qu'on leur a enlevé ; qu'ils ont du refoulement muco-purulent ou même purulent et qu'ils peuvent présenter des accidents de péricystite aiguë. Lorsqu'on constate une de ces récidives — et l'on n'en voit qu'un petit nombre, car beaucoup de malades qu'on a chloroformés et opérés, édifiés sur l'efficacité du traitement chirurgical, se soucient peu de se soumettre à une nouvelle expérience — on l'attribue toujours à une extirpation incomplète, et l'on est parfois étonné de trouver des voies lacrymales perméables. On se livre alors à une seconde intervention, on curette à fond tous les recoins du clapier, on y promène le thermocautère ; en un mot, à l'extirpation on substitue très souvent la destruction.

L'ablation complète du sac est parfois très difficile et l'on est fort exposé en effet à laisser dans la place une parcelle de muqueuse malade. Mais, eût-on extirpé le sac en son entier, les récidives n'en restent pas moins possibles, nous dirons même fréquentes. Il ne suffit pas en effet de ne pas ouvrir le sac et d'empêcher son contenu de contaminer la plaie pour éviter l'infection de celle-ci. Il convient de considérer que l'ennemi n'est pas tant dans la cavité du sac, mais surtout dans l'épaisseur même de sa paroi et la plupart du temps aussi dans les tissus immédiatement sous-jacents, quand il n'est pas disséminé davantage. Et d'ailleurs, en admettant que l'on puisse enlever avec le sac tous les agents infectieux qui se trouvent à son niveau, le canal nasal, lui, reste toujours. On a beau le curetter ou le charger de substan-

ces antiseptiques, on n'arrive pas à l'aseptiser dans toute l'épaisseur de son revêtement, il demeure infecté et devient un foyer de popagation au même titre que le sac malade. Il se passe dans la région occupée antérieurement par ce dernier, au-dessus de l'orifice supérieur du canal, ce qui se passait avant dans les tissus péricystiques, avec cette aggravation que la brèche est maintenant largement ouverte par la section du conduit.

L'extirpation du sac n'est une opération admissible que sur des voies lacrymales absolument saines, lorsqu'il s'agit de prévenir l'extension d'une maladie des fosses nasales, telle que le lupus par exemple. Mais, contre l'infection lacrymale, elle ne pourrait être efficace que si l'on pouvait enlever l'organe malade tout entier, c'est-à-dire non seulement le sac, mais le canal nasal et une bonne partie des tissus circonvoisins. Telle qu'elle est praticable, c'est une opération atypique, incomplète, qui ne répond nullement aux exigences de la maladie.

Nous croyons d'ailleurs que la destruction du sac et l'occlusion de sa cavité sont rarement indiquées. On ne se résoudra à cette extrémité que lorsque les altérations tant de la paroi du sac lui-même que des tissus environnants, espaces péricystiques et périoste, ne laisseront aucun espoir d'une perméabilité future.

INSUFFISANCE DE L'EXTIRPATION

OBSERVATION XXXIX

M^me^ T..., cinquante-cinq ans, 2 avril 1907.

Larmoiement ancien des deux yeux. Les deux sacs ont été extirpés l'un à l'hôpital X..., l'autre par le D^r^ B..., le dernier il y a deux ans. Il persiste néanmoins deux cavités que l'on vide par la pression, en refoulant du muco-pus à la fois par le canal nasal et par les points lacrymaux. L'injection soulève la peau des deux régions cystiques.

OBSERVATION XL

M^lle^ G..., douze ans, 19 juillet 1906.

Larmoiement à gauche depuis deux ans.

Etat actuel. — Dacryo-péricystite chronique avec abondante sécrétion purulente. L'injection ne passe pas et revient par le canicule supérieur en soulevant la région du sac. La palpation à ce niveau donne une sensation de fluctuation très nette.

23 juillet. — *Opération.* — Incision au-devant du sac qui présente un diverticule de péricystite se prolongeant vers la paupière inférieure. Extirpation du sac et excision des parois de ce diverticule. Curettage des deux cavités. Suture de la plaie et compression, dans l'espoir d'une réunion par première intention.

25 juillet. — La cicatrisation s'effectue bien.

26 juillet. — Le point de suture est enlevé.

27 juillet. — La pression digitale sur la région ne donne pas de refoulement. La compression est continuée ainsi que le jour suivant.

31 juillet. — Pas de refoulement par la pression. Le pansement est supprimé depuis la veille.

2 août. — La pression fait sourdre par le point lacrymal une légère sérosité.

10 août. — Il y a encore un peu de refoulement d'aspect séreux.

22 septembre. — Par la pression, refoulement mucopurulent par les points lacrymaux. L'injection ne passe pas.

OBSERVATION XLI

M^lle G..., trente-cinq ans, n° 26.540, 14 novembre 1906.

Dacryo-péricystite chonique à droite. L'injection passe bien, mais distend la région. La malade refuse l'intervention radicale qu'on lui propose.

21 mars 1907. — La malade revient pour se faire opérer. Elle se plaint de souffrir par intermittence dans le grand angle, le soir surtout, sans qu'il se soit cependant produit de poussée aiguë. Il y a un refoulement purulent abondant.

22 mars. — *Opération*. — Incision de la peau. Mise à nu, puis incision du sac. Il en sort une quantité notable de pus. La cavité est bourrée avec une petit tampon de coton. Les deux lèvres de la plaie cystique sont saisies par une pince à griffes et le sac est disséqué. L'opération est gênée par une petite hémorragie. Néanmoins le sac est extirpé. Toilette de la plaie. Pansement.

23 mars. — La plaie est dilatée à l'aide d'un écarteur. Champ opératoire exsangue. Excision puis curettage de quelques fragments douteux. La cavité est bourrée par un tampon peu serré ; elle présente en effet de trop vastes dimensions pour pouvoir espérer une réunion *per primam.* La péricystite a disséqué les tissus et creusé une cavité telle qu'il est impossible de la combler sans laisser bourgeonner la plaie.

Pansement quotidien avec mèche progressivement réduite de volume. Cathétérisme du canal nasal par la plaie.

19 avril. — Curettage et pansement compressif.

24 avril. — Suppression du pansement.

27 avril. — Pas de refoulement, cicatrice adhérente.

OBSERVATION XLII

Mme H..., quarante-quatre ans, n° 27.150, 10 avril 1907.

Larmoiement ancien à droite. Dacryo-péricystite chronique. N'a jamais eu de poussée aiguë.

10 avril. — Opération : incision de la peau, dissection et extirpation du sac, curettage de la cavité. Hémostase. Un point de suture. Pansement compressif pour réunion *per primam.*

12 avril. — La compression a bien déprimé la région. En bonne voie. Compression maintenue jusqu'au 14.

14 avril. — Le point de suture est enlevé. Pas de suppuration. La cicatrisation paraît effectuée dans la profondeur, bien que la plaie cutanée ne soit pas complètement réunie.

16 avril. — La compression a déterminé un peu de réaction oculaire. Une goutte d'atropine ; pansement.

20 avril. — La plaie n'est pas cicatrisée et s'étend encore en profondeur jusqu'à la gouttière lacrymale ; il y a un peu de suintement séreux. Curettage et pansement avec tamponnement.

22 avril. — Cathétérisme, par la plaie, du canal nasal qui est très dilaté. Pansement avec mèche peu volumineuse.

La cicatrisation est obtenue par bourgeonnement de la profondeur à la surface, après un nouveau curettage.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT RATIONNEL DE L'INFECTION LACRYMALE

A. — Indications qu'il doit remplir

Dans le choix de l'intervention, il ne faut pas perdre de vue que le traitement doit porter à la fois sur la muqueuse et sur le voisinage. Il faut faire une désinfection profonde tout en conservant dans la mesure du possible des voies lacrymales qui peuvent encore être utilisables après cicatrisation des lésions folliculaires. Ne voit-on pas tous les jours un canal nasal redevenir perméable dans une période avancée de la dacryocystite chronique, alors qu'il s'est formé une vaste cavité péricystique ? Il nous semble que le traitement peut tendre vers ce mode de guérison spontanée et l'aider puissamment. Il aura surtout pour but de prévenir ou de guérir, suivant le cas, les complications péricystiques, de désinfecter et faire cicatriser la muqueuse du sac, de rétablir la perméabilité du canal nasal et d'aider à sa guérison.

La nécessité de remédier aux délabrements de la loge lacrymale a déjà été reconnue par de nombreux

auteurs, sous la forme que permettait la conception jusqu'ici admise de l'ectasie du sac. Certains ont même proposé de réséquer une portion de sa paroi : « J'ai pu m'assurer, disait M. Kalt à la *Société française d'Ophtalmologie* (juin 1901), qu'il ne suffit pas du nettoyage et de l'asepsie pour obtenir la guérison des dacryocystites et qu'il fallait s'adresser à la distension exagérée des parois. » D'autres, comme M. J. Viciano, de Valencia (Espagne), reconnaissent la nécessité d'admettre la constitution anatomique de la tumeur lacrymale telle qu'elle a été présentée par MM. Jocqs, Rollet, Armaignac, pour donner une base sérieuse au traitement de cette affection. Mais à notre avis, ce n'est pas seulement lorsque l'infection s'est manifestée par des désordres anatomiques extracystiques qu'il faut songer à une intervention énergique ; c'est dès que l'affection s'est montrée rebelle au traitement ordinaire par la méthode d'Anel-Bowman. Car ce seul fait dénote des lésions profondes, et si, cliniquement, le mal paraît bénin, l'expérience apprend que les dégâts peuvent être déjà très importants et que le malade est exposé à des accidents relativement graves. Si l'on attend l'apparition de ces derniers pour intervenire on se trouvera dans des conditions beaucoup moins favorables et l'on ne pourra plus conserver qu'un appareil excréteur assez imparfait, si toutefois les altérations subies ne nécessitent par son occlusion. A plus forte raison conseillons-nous une intervention énergique en présence d'accidents infectieux péri-

cystiques, avec des voies paraissant saines, c'est-à-dire sans trouble fonctionnel. A ce point de vue, le traitement que M. Rollet oppose aux péricystites suppurées circonscrites nous paraît totalement insuffisant. Il intervient sur l'effet alors qu'il faut agir sur la cause. Il guérit parfaitement l'abcès mais il laisse l'infection poursuivre son évolution et l'invasion de la région. Il ne peut rien contre les récidives et voit parfois son malade faire plus tard une dacryocystite confirmée ou un phlegmon de la loge. Nous pensons qu'il ne faut pas abandonner à son sort le malade chez qui une crise unique s'est terminée par une guérison en apparence complète, sans reliquat inflammatoire, et nous estimons qu'une intervention radicale est nécessaire, même dans ces cas, parce que l'on ne sait jamais si cette première attaque ne sera pas suivie d'une autre, pouvant être beaucoup plus grave ; les péricystites diffuses surviennent fréquemment chez les sujets qui ont déjà subi une ou plusieurs poussées moins intenses. Une désinfection profonde est nécessaire comme seule capable à la fois de guérir le mal présent et de parer aux dangers à venir.

B. — Manuel opératoire et soins consécutifs

Il ne faut pas hésiter à ouvrir la loge lacrymale et le sac lui-même. On ne doit pas être arrêté par la crainte d'une cicatrice qui sera presque invisible après la guérison. On fera précéder l'intervention

d'une injection anesthésiante sous-cutanée d'une solution de cocaïne 1, stovaïne 2 o/o. On peut aussi utiliser les pulvérisations d'éther ou de chlorure d'éthyle.

Lorsqu'il existe une cavité ou une collection péricystique en avant du sac, on pratique une petite ponction à sa partie supérieure et, sur une sonde cannelée introduite dans la boutonnière, on incise verticalement la paroi cutanée sur toute sa hauteur. Lorsque la poche a été préalablement vidée de son contenu par la pression, il est nécessaire de la distendre par une injection avec la seringue d'Anel. Si l'abcès est déjà fistulisé, on introduit la sonde cannelée par son orifice. On évacue le contenu de la cavité précystique et, si la communication avec le sac se fait par un orifice trop rétréci, on le débride d'un coup de bistouri. Quand il n'existe pas de poche dans la région prélacrymale, la ponction et l'incision, longue de 1 cm. 1/2 à 2, se font en un seul temps et doivent intéresser du premier coup la paroi antérieure du sac. Comme il importe de voir clair et d'opérer dans un champ absolument exsangue, on se contente de faire un lavage à l'eau oxygénée et de tamponner la plaie.

Le lendemain, après avoir enlevé le tampon, on se rend compte, aussi exactement qu'on peut le faire, de l'état des organes. On voit au fond de la plaie une petite fente étroite et allongée sur une saillie dont la couleur blanchâtre tranche sur les parties avoisinantes ; c'est le sac. On peut d'ailleurs l'explo-

rer à l'aide de l'injection par la seringue d'Anel et d'un stylet introduit par la plaie. Ce n'est que lorsque les désordres paraîtront très importants, lorsque le sac n'existera pour ainsi dire plus, lorsque la nature tuberculeuse de l'infection sera confirmée, que l'on se résoudra à la destruction par le thermocautère. Dans la très grande généralité des cas, cette « volatilisation » peut être évitée et l'on peut conserver l'espoir d'une future perméabilité. On introduit dans la plaie, jusqu'au fond du sac, une petite mèche de coton imbibée d'une solution de cocaïne-adrénaline qu'on laisse en place pendant quelques minutes. Pendant ce temps, on prépare de minuscules tampons de coton, montés par enroulement sur l'extrémité de stylets de Bowman. On imprègne l'un d'eux d'une solution caustique de chlorure de zinc à 50 o/o. Lorsqu'on juge que l'anesthésie est suffisante, on retire la mèche de la plaie et l'on promène le tampon caustique sur toutes les surfaces fongueuses et suppurantes. Cette cautérisation doit porter énergiquement sur toutes les parties sans exception de la cavité péricystique. Pour ce qui est du sac, elle doit être en rapport avec les lésions observées, et la plupart du temps elle doit y être légère et rapide tout en intéressant sa surface entière. Cette cautérisation doit être rondement menée, car, malgré l'anesthésie locale, elle peut être assez douloureuse si elle est trop prolongée ou trop profonde. On promène aussitôt après un tampon sec qui reprend l'excès de chlorure de zinc. On termine par une irri-

gation froide légèrement antiseptique. On fait ensuite le pansement en bourrant exactement la cavité avec un tampon. Dès le lendemain on commence les cathétérismes du canal nasal par la plaie. On ne rencontre généralement pas d'obstacle dans cette opération. La plupart du temps la muqueuse est exubérante mais molle, sans aucune résistance, et donnant plutôt la sensation de bourgeons fongueux.

Chez certains malades, ce conduit admet avec la plus grande facilité une sonde numéro 10 ou 12. Le pansement est fait chaque jour. Il consiste, outre le cathétérisme, en un lavage à l'eau oxygénée à 12 volumes, puis dans l'instillation de protargol à 5 o/o. On remplace le tampon que l'on imbibe d'une solution antiseptique ; nous employons généralement le formol à 1 o/oo. Lorsque l'escarre produite par la cautérisation tend à se détacher, on aide à son élimination par un curettage de toute la cavité. Ce curettage surtout dans le sac, doit être assez léger ; il ne doit enlever que les parties sphacélées. Dans les cas bénins une seule cautérisation peut suffire. Mais, ordinairement, il faut recourir à une deuxième que nous pratiquons suivant la même technique. Parfois lorsque les tissus sont profondément altérés, une troisième application du caustique est nécessaire. On est guidé, en cela, par la marche de la restauration, par l'état et l'abondance de la sécrétion et par l'aspect de la plaie. La mèche-tampon est diminuée progressivement de volume pour permettre la réunion. Celle-ci doit être soigneusement surveillée ;

on ne la permet que lorsque les surfaces bourgeonnent bien, que le sac ne présente plus de fongosités, que le canal est libre et qu'il n'y a plus de pus. Enfin, elle doit se faire de la profondeur vers la surface. Lorsque la plaie est réduite à des dimensions très restreintes et qu'il n'y a plus aucune sécrétion, on la curette vigoureusement de façon à bien cruenter ses parois et l'on applique un pansement compressif, sans mèche, pour obtenir la réunion définitive. Cette compression se fait au moyen d'un tampon de coton en forme de boulette ovoïde, occupant toute la région du sac, mais *ne la dépassant pas.* Il faut en effet éviter la compression du globe. Ce tampon est surmonté de rondelles de coton superposées, couvrant la région oculaire, mais toujours plus épaisses au niveau du grand angle, de façon que l'œil n'ait pas à souffrir. Une bande de crêpe Velpeau, convenablement serrée, assure une compression douce, uniforme et suffisamment énergique. Ce pansement est renouvelé pendant trois, quatre ou cinq jours, jusqu'à ce que l'on ait constaté la parfaite réunion de la plaie.

Pour les tampons et mèches dont nous nous servons dans les pansements, nous préférons le coton à la gaze. Celle-ci en effet abandonne souvent quelque fil au fond de la plaie et peut retarder ainsi considérablement la cicatrisation, jusqu'à ce que l'on ait découvert le corps étranger. L'ouate hydrophile ne présente pas cet inconvénient.

Quant à la cautérisation, elle constitue le temps

principal de notre intervention. Le caustique nous paraît de beaucoup préférable au fer rouge et pour plusieurs raisons. Son action est bien plus facile à mesurer. On ne dépasse guère l'effet qu'on veut obtenir. La preuve en est en ce que l'on est souvent obligé de recourir à une seconde cautérisation et parfois à une troisième. Cela permet de doser en quelque sorte la modification à apporter suivant les besoins de chaque cas. L'utilité des cautérisations chimiques est d'ailleurs reconnue par nombre de chirurgiens qui les associent au curettage. MM. Truc, Valude et Frenkel (*loc. cit.*) s'expriment ainsi, au sujet de l'action du nitrate d'argent dont ils utilisent la causticité après le curettage des phlegmons lacrymaux : « Il nous a paru cependant que l'action modificatrice du nitrate est très utile, que la rétraction du sac est plus rapide et que la guérison est plus complète. En agissant de la sorte, il n'y aura jamais de fistule consécutive. » Nous estimons toutefois qu'aucune substance ne présente les avantages du chlorure de zinc en solution concentrée. Car, étant plus diffusible, non seulement il détruit les tissus malades sur lesquels il est appliqué immédiatement, mais il exerce sa puissante action modificatrice plus profondément. Ceci est très important, car nous savons que la surface n'est pas seule malade. D'après MM. Lannelongue et Achard, « très rapidement, presque en quelques heures, il se fait au sein des tissus injectés, un afflux énorme d'éléments embryonnaires qui s'organisent avec une grande

activité et constituent un tissu fibreux serré et compact ».

L'irritation inflammatoire des parois vasculaires produite par ce médicament, conjointement à ses propriétés sclérosantes, détermine une réaction salutaire contre l'infection des tissus sous-jacents et constitue dans la suite une véritable barrière contre son extension. Nul doute d'autre part que le processus ainsi provoqué n'entraîne des modifications favorables du côté du canal nasal, non directement intéressé par la cautérisation. Il aide ainsi et hâte la cicatrisation, mode habituel de guérison spontanée des lésions folliculaires. Celle-ci est en outre favorisée par l'antisepsie constante exercée dans le canal.

Le curettage que nous pratiquons n'a pas d'autre but que de favoriser l'élimination des parties sphacélées.

Nous nous gardons bien de porter l'instrument à l'intérieur du canal, dans la crainte de produire des sténoses cicatricielles. Nous nous contentons du cathétérisme dont les effets sont multiples. En rendant sa perméabilité au conduit, il produit un drainage naturel du sac et permet l'accès des substances antiseptiques dans sa propre lumière. Il n'est pas douteux que le stylet traumatise les parties les plus exubérantes de la muqueuse, c'est-à-dire les fongosités folliculaires les plus malades ; il permet ainsi un contact plus intime avec les liquides introduits et favorise la désinfection.

Le traitement que nous proposons présente le

grand avantage de permettre la conservation des organes dans la mesure où ils peuvent être conservés. Tel canal lacrymo-nasal, relativement peu altéré, n'exigera qu'un traitement peu actif et peu prolongé ; il subsistera d'une façon suffisante pour remplir encore un rôle physiologique satisfaisant. Tel autre, profondément désorganisé, nécessitera pour sa désinfection une destruction à peu près complète ; il sera remplacé par une cicatrice adhérente et occlusive. Dans tous les cas, la sclérose des régions traitées s'opposera à une réinfection. Il n'y aura jamais de récidive, car il ne subsiste pas d'agents infectieux dans le tissu fibreux résidual.

En définitive, avec le procédé que nous indiquons on ne sait jamais d'avance ni ce que l'on fera, ni combien de temps durera le traitement, ni le résultat fonctionnel qu'on en obtiendra. Tout dépend des lésions en face desquelles on se trouvera, non seulement de celles que l'on peut facilement constater, mais aussi de celles qu'on ne voit pas mais dont on surveille les effets. Ce sont les signes que l'on recueille au cours du traitement qui servent de guide et l'on ne détruit le sac qu'en proportion des altérations qu'il présente. Suivant l'intensité de ces dernières, le traitement dure de deux à quatre semaines. Ce temps peut paraître long à certains, mais nous estimons que le bénéfice qu'on retire de cette méthode mérite bien le peu de patience qu'elle exige.

C'est, à notre connaissance, le seul des traitements

proposés contre les dacryocystites qui donne de *bons résultats durables, d'une façon constante et dans tous les cas.*

Lorsque, à l'ouverture de la loge lacrymale, l'état des organes enlève *a priori* tout espoir d'une perméabilité future, on peut, pour gagner du temps, détruire les tissus malades au thermocautère ; le traitement, dans la suite, se conformera à la méthode exposée plus haut. L'utilisation des propriétés sclérosantes du chlorure de zinc sera toujours très profitable. Nous avons eu l'occasion d'en constater les bons effets en semblable occurrence et même, parfois, on est obligé d'y recourir pour suppléer à une extirpation inefficace ou pour la compléter.

1° DACRYO-PÉRICYSTITES SUPPURÉES AIGUËS

OBSERVATION XLIII

(*Extirpation complétée par destruction ignée*)

Mlle F..., trois ans et demi, n° 25.304, 27 septembre 1906. Aurait eu, à la suite d'une conjonctive purulente à la naissance, une dacryocystite chronique à gauche, traitée par des instillations d'argyrol.

Etat actuel. — Dacryo-péricystite aiguë depuis la veille au matin. Pansement humide.

29 septembre. — Incision et évacuation de l'abcès : ablation du sac, à parois friables, complétée par une cautérisa-

tion au thermo-cautère de toute la cavité (péricystique et cystique) et de l'orifice supérieur du canal nasal.

Pansement quotidien avec mèche.

17 octobre. — Curettage, compression.

22 octobre. — Suppression du pansement. Considérée comme guérie.

Revient le 14 novembre pour strabisme : la dacryocystite est bien guérie.

La petite malade est revue de nouveau un an et demi après, le 16 avril 1908 : la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XLIV

(Extirpation complétée par cautérisation au chlorure de zinc)

Mme L..., cinquante et un ans, n° 26.971, 1er mars 1907.

Larmoiement à gauche depuis sept à huit ans. Il y a un peu plus de deux ans, la malade a remarqué qu'il se formait une petite grosseur dans le grand angle. En appuyant dessus, elle la vidait et il s'écoulait un peu de liquide muqueux (non purulent) par la fosse nasale, sans reflux par les points lacrymaux. Il y a quatorze mois, le liquide a commencé à devenir purulent; puis la tumeur, qui jusqu'alors n'avait pas dépassé le volume d'un noyau de cerise, s'est mise à grossir ; elle ne se vidait plus par la pression et devenait plus dure. Il y a trois mois et demi environ, elle a subitement augmenté de volume, rougissait et devenait plus douloureuse. Vers la fin de janvier 1907, dacryo-péricystite aiguë, prise par la ma-

lade pour un érysipèle qu'elle traite par des cataplasmes et des lotions boriquées. Trois ou quatre jours après, l'abcès s'ouvrait spontanément. La malade attend encore trois semaines avant de venir se faire soigner. Pendant ce temps l'abcès se vidait et se reformait sans cesse.

Première consultation le 1er mars. Le jour même : incision et évacuation de la collection péricystique, qui communique avec le sac. Tamponnement.

2 mars. — Extirpation.

4 mars. — Cautérisation au chlorure de zinc. Pansement quotidien avec mèche.

25 mars. — La plaie présente encore quelques fongosités au fond. Curettage, puis pansement compressif. Suppression du pansement trois jours après.

12 avril. — Cicatrice adhérente au niveau de la région du sac.

OBSERVATION XLV

(*Cautérisation au $ZnCl^2$. — Cathétérisme*)

Mme A..., trente-six ans, n° 25.790, 5 juin 1906.

Larmoiement ancien à droite, remontant à plusieurs années. A déjà eu un abcès il y a deux ans. Soignée à cette époque par le Dr D... : cataplasmes pendant vingt-quatre heures, évacuation spontanée de l'abcès par les voies lacrymales supérieures et inférieures. Depuis lors, la malade éprouve constamment une sensation de tension gênante dans la région précystique. En pressant sur le sac, la malade faisait sourdre par les points lacrymaux une sécrétion muco-

purulente assez abondante. Souffre maintenant de son œil depuis une huitaine de jours.

Etat actuel. — Œdème considérable des paupières et de la région du grand angle (depuis quarante-huit heures), sécrétion purulente, léger chémosis ; la région du sac est tendue, chaude et douloureuse. Pansement humide.

6 juin. — L'abcès s'est collecté : incision, évacuation, tamponnement. L'œdème dur et douloureux persiste encore pendant quelques jours et ne se dissipe que très lentement.

12 juin. — L'état phlegmoneux s'étant un peu calmé, on peut plus facilement explorer la région. Au fond de la vaste cavité de l'abcès, on aperçoit le sac communiquant avec elle par une fente glottique. Cautérisation au chlorure de zinc.

13 juin. — Cathétérisme du canal nasal par la plaie. Pansement quotidien avec mèche réduite de jour en jour.

Vers la fin du mois de juin, la plaie très réduite, se présente sous la forme d'une fistule ; le stylet, introduit, arrive jusqu'à la paroi osseuse du sac ; la plaie présente encore quelques fongosités. Nouvelle cautérisation et curettage, mèche plus volumineuse.

Dans la suite, la tendance à la fistulisation persistant, on est obligé de recourir à la même intervention à deux reprises, la dernière le 23 juillet. La malade est considérée comme guérie dans les premiers jours d'août.

Elle est revue trois mois après, le 7 novembre 1906 : la dacryo-péricystite est guérie. La malade larmoie encore un peu, mais il n'y a plus de refoulement et l'on sent une cicatrice adhérente à la place du sac.

OBSERVATION XLVI

(*Cautérisation au $ZnCl^2$.—Cathétérisme*)

M. H..., vingt ans, n° 25,739, 19 mai 1906.

Larmoiement bilatéral depuis une dizaine d'années.

Etat actuel. — Dacryo-péricystite aiguë à droite, ayant débuté il y a huit jours. Pansement humide. A gauche : petite fistule lacrymale à un demi-centimètre de l'angle interne. Le malade affirme cependant n'avoir jamais eu d'affection aiguë de ce côté.

23 mai. — L'abcès s'est ouvert spontanément le 21 au matin. Incision du foyer, tamponnement. Le lendemain cautérisation au chlorure de zinc. Curettage. Pansement quotidien avec mèche et cathétérisme. Pansement compressif les 5, 6, 7 et 8 juin.

10 juin. — Guérison.

15 juin. — Le sac gauche suppure. La pression fait refluer du muco-pus. Le malade refuse une intervention de ce côté.

28 juin. — Dacryo-péricystite aiguë à gauche, traitée et guérie comme la précédente. A la fin du traitement, vers le 15 juillet, la guérison était parfaite à droite.

OBSERVATION XLVII

(*Cathétérisme au $ZnCl^2$.—Cathétérisme*)

M. B..., cinquante-deux ans, n° 26.112, 18 août 1906.

Larmoiement ancien à droite.

Etat actuel. — Dacryo-péricystite chronique, refoulement

muco-purulent, voies lacrymales non perméables. Les cathétérismes et injections modificatrices ont peu d'influence sur la maladie. La cure radicale ayant été proposée, le malade ne revient plus à partir du 18 octobre. Il se présente de nouveau le 3 décembre avec une dacryo-péricystite suppurée aiguë. Le même jour, incision, évacuation et tamponnement.

6 décembre. — Cautérisation au chlorure de zinc. Pansement quotidien avec mèche et cathétérisme.

13 décembre. — La plaie, d'excellent aspect, offre une tendance à se fermer rapidement.

17 décembre. — Curettage. Pansement compressif, jusqu'au 20 décembre, date à laquelle le malade est considéré comme guéri.

Il est revu près de trois mois après, le 14 mars 1907 : il persiste un larmoiement léger ; mais il n'y a plus trace d'infection et un tissu compact remplace l'ancienne péricystite.

Une injection démontre que les voies lacrymales sont encore perméables.

OBSERVATION XLVIII

(Cautérisation au $ZnCl^2$. — Cathétérisme.)

Mme N..., vingt-quatre ans, n° 27.126, 4 avril 1907.

A été soignée, à l'âge de huit ans, à l'hôpital X..., pour dacryocystite : incision, pansements, cathétérismes. La malade déclare que son œil ne pleurait pas. Est accouchée le 19 février 1907, Huit à dix jours après, « sans que l'œil ait pleuré », la malade s'aperçut qu'elle avait une petite grosseur au niveau de l'angle interne gauche. La pression faisait refluer un liquide purulent par les points lacrymaux. La tumeur a

augmenté progressivement de volume, sans douleur ni rougeur. La malade y a appliqué des cataplasmes. L'abcès s'est ouvert spontanément.

Etat actuel (4 avril). — Abcès de la région précystique gauche ; collection allongée verticalement, haute de 3 centimètres. La pression fait refluer du pus par les points lacrymaux. Incision de l'abcès, qui communique assez largement, par une ouverture oblongue et verticale de 6 millimètres de haut, avec la cavité du sac, situé plus profondément. Tamponnement.

5 avril. — L'exploration permet de constater que la muqueuse du sac, fongueuse, est en assez mauvais état.

6 avril. — Cautérisation au chlorure de zinc. Soins consécutifs habituels et guérison après une nouvelle cautérisation.

OBSERVATION XLIX

(*Cautérisation au $ZnCl^2$. — Cathétérisme.*)

M. L..., quarante-cinq ans, n° 29.275, 12 juin 1908.

Larmoiement ancien à gauche. Soigné, il y a trois ans, pour dacryocystite chronique avec ectasie et refoulement. Traité pendant deux à trois mois : incision des canalicules, cathétérismes, injections. Le refoulement muco-purulent s'est reproduit peu après et a toujours persisté. Le 10 juin 1908 : dacryo-péricystite aiguë.

Etat actuel (12 juin). — Tumeur fluctuante volumineuse. L'incision donne issue à une notable quantité de pus. Tamponnement.

13 juin. — La cavité péricystique, vaste, communique

largement avec le sac, dont la paroi antérieure est détruite en grande partie. Le stylet, introduit dans la plaie, arrive jusque sur la gouttière lacrymale que l'on sent et voit recouverte de fongosités. Cautérisation au chlorure de zinc. Tamponnement. Soins consécutifs habituels.

20 juin. — La cavité a considérablement diminué ; bel aspect bourgeonnant de la plaie.

6 juillet. — Suppression du pansement après deux curettages.

8 juillet. — Le malade est considéré comme guéri.

OBSERVATION L

(*Cautérisation au $ZnCl^2$. — Cathétérisme.*)

Mme P..., quarante-deux ans, no 31.187, 1er mai 1909.

Larmoiement à gauche depuis six ans. Dacryo-péricystite suppurée aiguë. Incision : pus crémeux abondant. Tamponnement.

3 mai. — Cautérisation au chlorure de zinc.

5 mai. — Curettage : Pansement quotidien. Soins consécutifs habituels.

18 mai. — Suppression du pansement, après deux curettages. Considérée comme guérie.

OBSERVATION LI

(*Destruction ignée.*)

Mme F..., cinquante-quatre ans, no 27.061, 21 mars 1907.

Larmoiement à gauche, remontant à plusieurs années. Dacryocystite chronique. Il y a trois semaines, pendant une

atteinte de grippe, elle a eu « comme un érysipèle », du côté gauche de la face, qui s'est calmé au bout de huit jours. Une semaine après, nouvelle poussée aiguë dans le grand angle. Vient consulter huit jours plus tard, le 21 mars, parce que les phénomènes inflammatoires persistent.

Etat actuel. — Dacryo-péricystite aiguë. Pansement humide. La malade ne revient que le 25 mars. L'inflammation est calmée. La région du sac présente une tumeur du volume d'une petite noisette, douloureuse à la pression. A son sommet, il subsiste une fistule résultant de l'ouverture spontanée de l'abcès. Incision de la paroi cutanée sur une sonde cannelée introduite par l'orifice de la fistule. Tamponnement de la cavité péricystique.

26 mars. — L'indocilité de la patiente, qui se plaint beaucoup de sa plaie, ne permet que le renouvellement du pansement.

27 mars. — Au fond de la plaie, on aperçoit le sac perforé et dont les parois sont en très mauvais état. Destruction ignée du sac et des parois de la cavité péricystique. Soins consécutifs habituels.

24 avril. — Suppression du pansement, après deux curettages.

27 avril. — Bonne cicatrice adhérente. Pas de refoulement. La malade est considérée comme guérie.

OBSERVATION LII

(*Destruction ignée*)

Mme S..., vingt-six ans, n° 25.526, 3 avril 1906.

Larmoiement à droite depuis dix-huit mois environ, ayant

débuté peu après un accouchement. Il existait du refoulement muco-purulent à la pression du sac. Dans la journée du 1er avril, début de l'inflammation aiguë. Vient consulter le 3 avec une dacryo-péricystite aiguë ; œdème considérable et très étendu. Pansement humide.

5 avril. — Incision, évacuation d'un abcès péricystique. Tamponnement.

6 avril. — Destruction ignée du sac, perforé et très altéré, ainsi que des parois péricystiques. Soins consécutifs habituels. Curettage et cautérisation au chlorure de zinc.

2 mai. — Pansement compressif. Le 6, la plaie est cicatrisée.

12 juin. — La guérison est complète. Bonne cicatrice adhérente. Néanmoins, comme il persiste un peu de larmoiement, on propose la cautérisation de la glande lacrymale.

21 août. — Destruction ignée de la glande lacrymale palpébrale et des canaux excréteurs. La guérison de la dacryocystite s'est maintenue.

2° DACRYO-PÉRICYSTITES CHRONIQUES

OBSERVATION LIII

(*Extirpation complétée par cautérisation au $ZnCl^2$*)

M. R..., vingt et un ans, n° 27.736, 1er août 1907.

Larmoiement à gauche depuis deux ou trois ans.

Etat actuel. — Petite tumeur de la grosseur d'un pois au niveau du sac, refoulement muco-purulent ; l'injection ne passe pas, soulève la région et fait refluer du muco-pus ; obstruction

du canal nasal. Le traitement par les cathétérismes et les injections modificatrices ne donne pas de résultat satisfaisant l'obstruction se reproduit constamment et le catarrhe persiste. L'extirpation est proposée.

13 septembre. — Extirpation du sac, friable et fongueux.

14 septembre. — Cautérisation au chlorure de zinc. Soins consécutifs habituels.

17 septembre. — Curettage. La plaie est très profonde et sécrète encore.

20 septembre. — Nouvelle cautérisation caustique.

27 septembre. — Curettage et compression continuée jusqu'au 30. Guérison.

3° DACRYOCYSTITES CHRONIQUES

OBSERVATION LIV

(*Cautérisation au $ZnCl^2$ et cathétérismes.*)

Mme D..., trente-sept ans, n° 29.392, 1er juillet 1908.

Dacryocystite chronique à gauche depuis trois ans. Soignée il y a deux ans à D... (injections, cathétérismes). La perméabilité des voies lacrymales n'a jamais été rétablie d'une façon satisfaisante.

Etat actuel. — Refoulement muco-purulent ; l'injection ne passe pas, reflue par les deux points lacrymaux ; on sent le sac se tendre sous le doigt pendant l'injection, mais il ne forme pas de relief appréciable à l'œil. Il ne semble pas y avoir de péricystite.

1er juillet. — Ponction et incision des téguments jusqu'au sac. La sonde cannelée s'assure que le sac est incisé. Tamponnement.

2 juillet. — La plaie, profonde, saigne encore facilement. Cathétérisme direct et aisé du canal nasal. Tamponnement.

3 juillet. — Cautérisation au chlorure de zinc. Soins consécutifs habituels. Curettage le 10 juillet.

27 juillet. — Curettage et compression jusqu'au 31.

Guérison.

OBSERVATION LV

(*Cautérisation au $ZnCl^2$ et cathétérismes.*)

Mlle G..., quarante et un ans, n° 27.387, 27 mai 1907.

Obstruction nasale ancienne à gauche. Incision du canalicule faite en 1901. Le sac se tend pendant l'injection, mais il ne paraît pas y avoir de péricystite. La méthode d'Anel-Bowman étant impuissante à ramener la perméabilité et à guérir l'infection, la cure radicale est proposée.

20 juin. — Ponction et incision jusqu'au sac. La sonde s'assure que le sac est ouvert et elle pénètre dans le canal nasal. Tamponnement.

21 juin. — Cautérisation au chlorure de zinc.

24 juin. — Curettage des débris sphacélés.

1er juillet. — Nouvelle cautérisation caustique suivie d'un curettage le 3 juillet. Soins consécutifs habituels.

Guérison le 15 juillet.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT DE LA FISTULE LACRYMALE

Nous aurons surtout en vue les fistules anciennes, ne présentant aucune tendance à la guérison spontanée, rebelles même aux traitements ordinaires, et en particulier la fistule dite *capillaire*.

Les fistules qui résultent de l'ouverture spontanée d'une dacryocystite ou dacryo-péricystite aiguë, celles qui, relativement récentes, accompagnent une dacryocystite chronique, livrant passage à un écoulement purulent ou muco-purulent, sont justiciables du traitement que nous venons d'exposer.

Celui que nous appliquons aux vieilles fistules rebelles n'en diffère pas essentiellement. Nous croyons cependant utile d'en dire quelques mots.

Cette variété de fistules présente des caractères assez particuliers. L'écoulement auquel elles donnent lieu est généralement peu abondant, minime bien souvent ; il n'est presque pas purulent, souvent d'aspect séreux ou muqueux et quelquefois parfaitement transparent. L'orifice cutané, circonscrit par des tissus d'apparence cicatricielle, a une tendance marquée au rétrécissement, sans toutefois s'obturer

complètement. Le trajet, sinueux et anfractueux, aboutit toujours à la région la plus vulnérable du sac, à un orifice cystique situé au-dessous du ligament palpébral interne, dans la partie inférieure de la paroi antérieure. C'est que ces fistules sont généralement consécutives à une ancienne dacryocystite. C'est l'infection du canal lacrymo-nasal qui leur a donné naissance. Elles sont souvent entretenues par des lésions osseuses de la gouttière lacrymale.

Lorsque ce trajet fistuleux ne reconnaît pas une origine tuberculeuse, la cause de sa persistance réside dans sa *réinfection successive*. En effet, les conditions favorables à la permanence de l'infection (irrégularités de calibre, décollements, anfractuosités propices à la stagnation et à la rétention) ne suffisent pas à provoquer cette persistance. Car, la plupart du temps, malgré quelques rares succès, la fistule n'est pas guérie après la simple incision ou même excision transformant le trajet sinueux et ses clapiers sous-tégumentaires en une plaie ouverte. C'est la *réinfection* par les parois (membraneuses ou osseuses) du sac malade qu'il faut incriminer. Les sécrétions pathologiques de cet organe pénètrent dans le trajet irrégulier qu'elles entretiennent ou réinfectent après sa désinfection. Si — en admettant qu'il en existe — il s'agit d'une fistule borgne externe, les micro-organismes du sac malade la réinocule d'une façon indéfinie en migrant à travers une muqueuse continue, mais altérée.

Il importe donc, ici comme pour les autres affec-

tions de la loge lacrymale, que le traitement affecte à la fois et la lésion péricystique et la lésion sacculaire. C'est toujours pour ces mêmes raisons que l'on s'est heurté à tant d'échecs (complets ou partiels) et que l'on a proposé tant de procédés divers contre ce genre de mal. La plupart de ces méthodes se montrent généralement impuissantes. M. Armaignac (*Recueil d'ophtalmologie*, avril 1895) rapporte bien un succès obtenu en avivant, excisant, puis suturant les parois d'une fistule ancienne contre laquelle il avait épuisé, sans résultat, tous les moyens de traitement si souvent répétés. Quelques mois après, M. Jocqs eut l'occasion d'employer ce moyen qui paraissait avoir donné un si bon résultat. Il eut un échec complet et dut se résoudre à une intervention plus radicale.

La fistule lacrymale doit être traitée comme la fistule anale : opérer à ciel ouvert et laisser cicatriser de la profondeur à la surface. On incisera le trajet sur la sonde cannelée, dans toute son étendue, jusqu'au sac et l'on débridera celui-ci. On pourra de la sorte apprécier les lésions cavitaires. Le meilleur procédé nous paraît être la destruction au thermocautère de toute la surface fistuleuse, dans tous ses recoins et jusqu'à l'orifice cystique. Les lésions que peut présenter le sac seront bien entendu traitées comme il convient, c'est-à-dire suivant la méthode que nous avons longuement exposée, et l'on ne négligera pas le cathétérisme du canal nasal. On apportera tous ses soins à la cautérisation de l'orifice profond

de la fistule. Le curettage est insuffisant à lui seul ; lorsqu'on le pratique, on est presque toujours obligé de recourir à la cautérisation. Celle-ci présente en outre l'avantage de protéger les régions touchées contre une réinfection. De plus, et pour les raisons que nous avons déjà énumérées, l'attouchement au chlorure de zinc nous paraît un complément nécessaire. Il est d'ailleurs indispensable pour le traitement des lésions lacrymo-nasales concomitantes. Nous ne nous étendrons pas sur les soins consécutifs, d'une importance capitale d'ailleurs, qui sont identiques à ceux qui suivent la cure des dacryocystites.

OBSERVATION LVI

(M. Jocqs. — *Clinique ophtalmologique, 1895.*)

Jeune garçon de douze ans, robuste, ayant eu un phlegmon du sac ouvert spontanément, il y a huit ans. Il est resté une fistule qui donne constamment issue à une gouttelette de liquide absolument clair. La pression sur le sac n'en fait pas sortir davantage. Une injection, faite par le canalicule inférieur, sort en partie par la fistule et en partie par la fosse nasale correspondante. Aucune intervention chirurgicale n'a été pratiquée jusqu'ici.

Opération. — Je me décidai à employer le moyen qui avait donné un si bon résultat à M. Armaignac : excision du trajet fistuleux. (M. Armaignac, *Recueil d'ophtalmologie*, avril 1895.) Ayant passé un fil à travers les deux lèvres de l'orifice, il me fut facile, avec un très fin couteau à cataracte,

d'exciser très profondément les parois du canal. Pensant être arrivé jusqu'à son extrémité interne, je crus inutile de faire le curettage qu'avait fait M. Armaignac. Suture hermétique avec trois fils. Le troisième jour, les fils étaient tombés d'eux-mêmes, mais la fistule n'était pas fermée.

Nouvelle intervention. — Pensant que l'insuccès était dû à ce qu'il persistait une partie des parois de la fistule, je résolus de les détruire complètement. Mais pour cela, au lieu de faire le curettage du canal à travers la brèche déjà faite, j'incisai, sur une sonde cannelée, la paroi externe du sac dans toute sa hauteur. Ecartant les lèvres de cette large incision, je pus facilement, au moyen d'une curette à chalazion, gratter toute la surface. Il est vrai que cette partie de l'opération se fit un peu au hasard, car le sang m'empêchait de voir ce que je raclais. C'est pour cela que, au lieu de réunir la plaie, je la tamponnai jusqu'au lendemain. La surface était alors exsangue et je pus me rendre compte, en effet, que le trajet de la fistule, long de plusieurs millimètres, s'apercevait par endroits sous forme d'une gouttière dont la couleur blanchâtre tranchait sur le rouge de la plaie. De peur de tomber dans la même difficulté que la veille, j'eus recours au thermo-cautère pour détruire les parties encore visibles de la fistule. Il était inutile dès lors de songer à la réunion immédiate. Nouveau tamponnement. Pendant trois jours ensuite, attouchement léger de toute la surface de la plaie avec un tampon d'ouate hydrophile imprégné d'une solution saturée de chlorure de zinc. La plaie bourgeonnait abondamment. Quand le tamponnement fut cessé, la plaie, au bout de trois jours, était complètement cicatrisée et la fistule guérie.

OBSERVATION LVII

(M. Jankelewitch. — *Cure radicale de la fistule lacrymale, thèse de Paris 1897.*)

Maximilien Mal..., présente, le 10 décembre 1896, une fistule de l'angle interne de l'œil gauche, remontant à cinq ans. A été soigné, il y a six mois par des cathétérismes, deux cautérisations ignées et deux petits curettages. Trois abcès successifs lui sont survenus.

Actuellement, par un tout petit orifice, il s'écoule de petites gouttes de larmes parfaitement transparentes.

11 décembre. — Incision du sac, tamponnement à la gaze iodoformée.

12 décembre. — Cautérisation du trajet fistuleux au thermocautère. Ce trajet est long et tortueux, cicatrisé par les divers traitements antérieurs ; il pénètre jusqu'au sac. Après la cautérisation, tamponnement.

13 décembre. — Cautérisation du trajet au chlorure de zinc.

28 décembre. — Guérison complète. On commence à pratiquer le cathétérisme ; les sondes de Bowman numéros 4 et 5 passent facilement. Les injections passent de même avec une grande facilité.

CHAPITRE IX

LE LARMOIEMENT RÉSIDUAL

Cautérisation de la glande lacrymale accessoire

Nous ne serions pas complet si nous n'envisagions pas l'éventualité qui peut se présenter consécutivement aux interventions sur les voies lacrymales, par suite de leur insuffisance ou de leur occlusion totale ; nous voulons parler de l'opportunité de combattre ce reliquat de larmoiement dont certains malades sont incommodés. Bien qu'une atrophie partielle de la glande lacrymale puisse se produire après l'occlusion des voies d'excrétion et l'extirpation du sac, fait dont la réalité fut expérimentalement démontrée par M. Rollet, la clinique apprend que cette conséquence est loin d'être la règle.

On est ainsi parfois amené à songer à une intervention sur l'organe sécréteur. Quoique le résultat de ce genre d'opération ne soit pas toujours ce qu'on voudrait qu'il fût, on en obtiendra très souvent un soulagement appréciable et parfois une amélioration telle qu'on peut l'assimiler à une guérison. C'est en tout cas un complément souvent utile de la chirurgie lacrymo-nasale.

Nous ne referons pas l'historique de la question, nous bornant à retenir la méthode la plus généralement acceptée, à savoir l'ablation de la glande palpébrale, bien que certains, avec M. Truc, se déclarent encore partisans de l'extirpation de la glande orbitaire.

Nous ne sommes pas néanmoins complètement avec M. A. Terson lorsqu'il dit que « dans un certain nombre de cas, pris au début, de larmoiement simple, on n'a presque à chercher que du côté sécréteur : les lésions des voies lacrymales sont insignifiantes, nulles ou tout au moins inappréciables ou même quelquefois secondaires ». Nous avons suffisamment développé notre point de vue sur ce sujet, au commencement de cet ouvrage, pour que nous croyions inutile d'y revenir. M. A. Terson semble d'ailleurs avoir entrevu, en partie du moins, le nœud de la question, lorsqu'il déclare qu'il y a intérêt à appliquer son procédé « dans le cas de larmoiement simple, où tout se passe dans l'excès de sécrétion des larmes *combiné à des imperfections progressives dans le fonctionnement de l'orbiculaire*, des points lacrymaux et du sac » et que « toutes les questions *d'éversion des points lacrymaux inférieurs et de l'état dynamique de l'orbiculaire* doivent être une fois pour toutes soigneusement passées en revue et discutées ». En réalité, lorsque toutes ces questions auront été « soigneusement passées en revue », il restera vraiment peu de larmoiements simples par hypersécrétion. Nous croyons l'avoir amplement

démontré par les résultats de la simple dilatation du canalicule.

Pour les autres indications, celles que nous retenons, nous sommes en tous points de l'avis de M. A. Terson. Dans les cas de larmoiement accompagné d'infection et de rétrécissement, ce n'est que lorsqu'on aura supprimé ou diminué, autant que cela sera possible, leurs manifestations qu'on pourra se permettre d'agir sur l'appareil glandulaire. L'intervention sur l'organe sécréteur « ne doit être pratiquée qu'avec circonspection et *en dernier ressort* ». On ne s'y décidera que contre le larmoiement incurable par tout autre moyen. Nous n'admettons pas, par exemple, l'indication posée par M. Chibret dans les cas de « tumeur lacrymale ou fistule se reproduisant après la destruction du sac ». Nous répétons encore que ces récidives peuvent et doivent être évitées, si l'on adopte une méthode curative appropriée. Dans cette hypothèse d'ailleurs, les résultats de l'intervention glandulaire ne seraient pas très brillants.

L'accord semble unanime pour admettre que le but poursuivi, la diminution de la sécrétion lacrymale, est obtenu par l'oblitération cicatricielle consécutive à la destruction d'une partie des canaux excréteurs de la glande orbitaire.

En ce qui concerne le manuel opératoire de *l'ablation de la glande palpébrale*, selon le procédé de MM. de Wecker, A. Terson et Chibret, il faut reconnaître que l'opération n'est pas d'une exécution véritablement facile. Pour M. Chibret, la technique

est impossible à bien régler. « Le manuel opératoire tel que l'a décrit De Wecker, dit-il, ne manque point de présenter souvent des difficultés. La dissection de la glande est souvent entravée par le sang. Dans ces conditions, on ne voit pas très bien ce que l'on enlève » ; et ailleurs : « Dans le cas où, dès le troisième ou quatrième jour, le larmoiement n'a pas diminué dans la proportion des trois quarts, je fais une *opération secondaire*, qui consiste à rouvrir la cicatrice conjonctivale pour aller cautériser profondément la région de la glande avec un fin couteau du thermocautère ». De Wecker signale de son côté « les nombreuses variétés de conformation et d'étalement de cette glande et par suite les difficultés qui peuvent se présenter dans certains cas pour une extirpation quelque peu complète de la glande palpébrale ». Enfin M. A. Terson s'exprime lui-même ainsi : « Il ne faut pas oublier qu'on ne peut pas *énucléer* la glande palpébrale qui n'a pas de loge spéciale ni d'autonomie et ne constitue qu'un groupement irrégulier de glandes conjonctivales plus ou moins agglomérées. »

Etant donné que l'opinion admise est que cette ablation agit surtout par l'oblitération des canaux qu'elle entraîne, et que d'autre part ces conduits excréteurs, s'ils ne sont pas toujours et complètement communs aux deux glandes, débouchent néanmoins d'une façon constante en une région du cul-de-sac conjonctival qui leur est commune, on pouvait se demander s'il ne serait pas plus simple de cher-

cher à obtenir cette atrésie cicatricielle sans recourir à une mutilation souvent délicate à pratiquer. On agirait ainsi sur la glande palpébrale de la même façon que, par son ablation, on agit sur la glande orbitaire. La déduction était logique, et, en effet, M. Bettremieux vient de conseiller la *cautérisation ignée du cul-de-sac* conjonctival au niveau de l'abouchement des canaux orbito-palpébraux. Plusieurs applications à quelques jours d'intervalle seraient ordinairement nécessaires. De son côté, M. Jocqs pratiquait une intervention analogue, sinon identique. Nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs cas et les résultats furent excellents. L'ablation d'une partie quelconque de la glande devient dès lors inutile.

Manuel opératoire

Voici le manuel opératoire indiqué par notre Maître. Après anesthésie locale au moyen de quelques gouttes d'un collyre cocaïné et au besoin d'une petite injection sous-conjonctivale de cocaïne, on fait regarder le malade fortement en bas et en dedans ; au besoin, l'œil est maintenu par une pince à fixation. Un aide attire en dehors la partie externe de la paupière supérieure et la commissure, faisant ainsi saillir le cul-de-sac conjonctival et la glande palpébrale. Celle-ci est saisie en masse et solidement par une pince à mors longs et recourbés, telle que la pince à strabisme de M. Jocqs pour l'avancement musculo-capsulaire. A l'aide de la pointe fine du thermocautère ou mieux du galvanocautère, on détruit la partie

saisie en respectant autant que possible la conjonctive et intéressant le plus qu'on peut la glande et *ses canaux*. On fait en somme une raie de feu superficielle et une cautérisation destructive sous-conjonctivale. Le cul-de-sac, fixé solidement, ne risque pas d'échapper et l'on opère très à son aise.

Les faux mouvements ne sont pas à craindre et la désorganisation ne risque jamais d'être trop profonde. L'opération enfin est absolument indolore. Il se produit un peu de congestion pendant les deux ou trois jours qui suivent ; le malade éprouve une légère sensation de gêne, sans douleur. Il y a quelquefois un peu de sécrétion pendant un jour ou deux, puis tout rentre dans l'ordre. Le malade peut vaquer à ses occupations habituelles sans autre incommodité qu'un léger pansement occlusif durant quarante-huit heures. On se borne à lui prescrire un collyre au protargol à 5 o/o. Dans la suite, on constate un effacement de la glande lacrymale qu'on ne parvient même plus à faire saillir. On est rarement obligé de recourir à une seconde cautérisation. L'amélioration de l'état larmoyant est très rapide.

Cette opération bénigne, facile et efficace, est supportée par les malades les plus difficiles. Elle présente des avantages incontestables sur l'ablation sanglante et donne des résultats aussi bons. Nous n'hésitons pas à lui donner la préférence.

OBSERVATION LVIII

Mme J..., 28 mars 1907.

Larmoiement à gauche depuis trois ans environ. Légère conjonctivite. Un peu de refoulement. Pas d'ectasie appréciable. Canal nasal obstrué dans sa partie inférieure. Cathétérisme. L'injection passe bien après. Collyre au sulfate de zinc. La malade vient régulièrement trois fois par semaine. Sous l'influence du traitement (cathétérismes, injections modificatrices) le léger catarrhe guérit, mais le larmoiement est peu influencé.

Du 9 au 16 mars 1908, sonde à demeure pendant une semaine. L'injection passe abondamment ensuite pendant plus de huit jours. Jusqu'au mois de juin, la sonde est portée, avec des intervalles de deux à trois semaines, pendant deux, trois ou quatre jours consécutifs. A cette époque, le larmoiement est à peu près tari. Les voies lacrymales sont bien perméables.

La malade reste six mois sans revenir et sans être incommodée. Le larmoiement recommence vers le 15 janvier 1909. L'injection, à ce moment, passe un peu, mais par le canalicule supérieur ; l'inférieur en effet, est totalement obstrué et l'on ne peut songer à restaurer sa perméabilité.

15 mars. — Cautérisation ignée de la glande lacrymale accessoire, par la voie conjonctivale. Une pince à mors longs et recourbés saisit en masse tout le bord libre de la glande palpébrale et l'attire en avant. Destruction au galvano-cautère de toute la partie glandulaire saisie et aussi profondé-

ment que possible, de façon à intéresser tous les canaux excréteurs de la glande.

Pendant les quatre ou cinq jours consécutifs, la malade ressent une gêne douloureuse, très supportable, au niveau de la glande. L'œil rougit un peu et est légèrement collé le matin pendant deux jours. Depuis lors, le larmoiement a disparu. La malade, très soulagée, déclare n'avoir jamais été aussi bien.

30 mars. — A l'examen, la paupière supérieure étant fortement attirée en haut par un écarteur, la glande ne fait plus aucune saillie et paraît en voie d'atrophie.

CONCLUSION

I. — Le *larmoiement simple au début* n'est presque jamais d'origine infectieuse. C'est un *trouble fonctionnel* de la musculature des *canalicules* lacrymaux. Il peut avoir pour conséquence l'obstruction de ces conduits. D'autre part, la suppression de l'action mécanique, et peut-être aussi bactéricide, des larmes entraîne le rétrécissement du canal lacrymo-nasal par infection ascendante.

Le larmoiement présente les formes suivantes :

1° *Larmoiement musculaire parétique :* par parésie des canalicules ; traitement : cautérisation verticale.

2° *Larmoiement musculaire spasmodique :* par contracture des canalicules ; traitement : dilatation du canalicule.

3° *Larmoiement par obstruction canaliculaire :* par lésion dégénérative secondaire ; traitement : dilatation du canalicule.

La plupart des larmoiements au début peuvent être guéris rapidement sans cathétérisme du canal nasal. Le rétrécissement primitif de ce dernier est une exception.

Lorsque le cathétérisme est nécessaire, il doit être

fait sans incision du canalicule et avec des sondes de petit calibre.

II. — *L'infection* des voies lacrymales consiste essentiellement dans l'infection du tissu adénoïde et des follicules lymphatiques de la muqueuse lacrymonasale. La lésion fondamentale est la *folliculite* et *la périfolliculite*, lésion primitive et prépondérante. L'agent infectieux (staphylocoque ou streptocoque, souvent associés au pneumocoque) se propage par perforation de la paroi sacculaire ou, à la faveur d'une véritable lymphangite interstitielle, par migration transpariétale aux tissus circonvoisins.

Cette inoculation de la loge lacrymale est l'origine des accidents aigus ou chroniques qui accompagnent l'infection de la muqueuse et rendent sa guérison si difficile ; car l'infection est moins à l'intérieur qu'autour du sac.

Il n'y a pas de péricystite sans lésion de la muqueuse, dont l'infection peut rester ignorée et latente pendant un temps assez long, même après guérison apparente. Les suppurations péricystiques sont généralement la conséquence de la perforation du sac, perforation siégeant toujours à la partie inférieure de la paroi antérieure. Elle n'est cependant pas nécessaire à leur production.

Les formes de dacryocystite ordinairement dénommées tumeur lacrymale, mucocèle, ectasie du sac, ne sont pas constituées par la dilatation de ce dernier, mais par une cavité néoformée, secondaire à la per-

foration de la paroi antérieure et creusée aux dépens des tissus péricystiques.

Dans tous les cas, il n'y a pas de parallélisme exact entre la gravité des lésions et l'allure clinique de la maladie.

III. — Voici la classification que nous proposons :

Infection des voies lacrymales :

A. — *Formes aiguës :*

1° *Dacryocystite simple ou cavitaire :* forme rare ;

2° *Dacryo-péricystite :*

a) *Non suppurée :* forme larvée.

b) *Suppurée circonscrite :* forme bénigne ; perforation fréquente, mais pas nécessaire.

c) *Suppurée diffuse :* forme intense ; perforation constante et précoce.

B. — *Formes chroniques :*

1° *Dacryocystite simple ou cavitaire :*

a) *Rétrécissement lacrymo-nasal.*

b) *Dacryocystite catarrhale.*

c) *Dacryocystite purulente.*

2° *Dacryo-péricystite :* cavité extra-sacculaire, secondaire à la perforation du sac. Une variété *périostique.*

IV. — Le traitement doit être chirurgical et *conservateur :* 1° parce qu'il peut l'être ; 2° parce qu'il ne peut pas être radical. L'indication de la destruction du sac est rarement posée.

La dacryo-péricystite aiguë ou chronique (tumeur lacrymale) doit être traitée, non par ablation ou

destruction du sac, mais par un traitement modificateur à ciel ouvert qui permet la destruction de la poche péricystique, la guérison de la dacryocystite et le cathétérisme direct du canal.

Ce traitement est déjà indiqué : 1° dès que l'affection s'est montrée rebelle au traitement habituel par la méthode d'Anel-Bowman ; 2° après une seule poussée inflammatoire aiguë, même suivie d'une guérison en apparence complète, sans reliquat inflammatoire et avec des voies lacrymales paraissant indemnes.

V. — Dans les cas de larmoiement incoercible, dû à l'obstruction définitive ou à des lésions inguérissables du canal nasal, on peut détruire la glande lacrymale, non par ablation, mais par cautérisation ignée et par destruction des canaux excréteurs.

Vu : le Président de la Thèse,
DE L APERSONNE

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD

BIBLOGRAPHIE

Achard. — Porte d'entrée de l'infection. *Manuel de médecine. t. VIII.*

Aribaud (Ch.). — La tumeur prélacrymale. *Th. de Lyon, 1901.*

Armaignac. — *Revue clinique d'oculistique, 1881.*

— *Mémoires et observations d'ophtalmologie pratique, 1889.*

— Histoire d'une fistule lacrymale ancienne rebelle. *Recueil d'opht., avr. 1895.*

— *Annales d'oculistique, nov. 1900.*

Bach. — L'effet des larmes sur les germes de la conjonctive. *Congrès all. des sc. et de méd. Nuremberg, sept. 1893.*

Basso (D.), *de Gênes.* — Etiol. micr. de la kératite à hypopyon. *Congr. Rome, 1894.*

Bernheim. — Sur l'asepsie du cul-de-sac conjonctival et l'action bactéricide des larmes. *Beitraege für Augenheilkunde, fasc. VIII, janv. 1893.*

Castresana y Goicoetchea. — Cirugia ocular del Dr Santa-Cruz.

— Traitement des affections des voies lacrymales. *XIVe Congr. internat. de méd. Madrid, 1903.*

Chabaneix. — De l'électrolyse dans le traitement des voies lacrymales. *Th. de Bordeaux, 1894.*

Chibret. — *Société d'ophtalm. de Paris, 4 févr. 1890.*

— *Revue d'ophtalm., 1891.*

Cuénod. — Bactériologie et parasitologie cliniques des paupières. *Th. de Paris, 1894.*

Cusco. — *France médicale, 1878.*

De Lapersonne et Rochon-Duvigneaud. — Traitement chirurgical des affections des voies lacrymales. *XIVe Congrès internat. de méd. Madrid, 1903.*

Delpech. — *Clinique chirurgicale de Montpellier.*

Demours. — *Traité des maladies des yeux, 1818.*

— *Précis des maladies des yeux, 1821.*

De Wecker. — Traité des maladies des yeux, *t. IV.*

— *Congrès d'Heidelberg, 1888.*

— *Congrès d'ophtalmologie de Paris, 1891.*

— *Archives d'ophtalm., 1891-1892.*

— *Société d'ophtalm. de Paris, 6 juill. 1897.*

De Wecker et Masselon. — *Manuel d'ophtalmologie.*

Fage. — Résultats de l'électrolyse dans le traitement des dacryocystites. *Soc. d'opht. Paris, 1900.*

Fick. — Ueber microorganismen in conjunctivalsack, *1887.*

Gombert. — Recherches expérim., sur les micr. des conjonctives. *Th. de Montpellier, 1889.*

Gourlay. — Traitement des lésions de l'app. lacrymal par l'électricité, *1900.*

Jankelewitch. — Cure radicale de la fistule lacrymale. *Th, Paris, 1897.*

Jocqs (R.). — Cautérisations verticales. *Clinique ophtalmologique janv. 1895 (p. 9).*

— Opération de la fistule lacrymale. *Clinique opht., 1895 (p. 163).*

— Ectropion non cicatriciel. *Clinique opht., 1896 (p. 67).*

— *Société d'ophtalm. de Paris, 11 avr. 1899.*

— Constitution de la tumeur lacrymale. *Clinique opht., 25 février 1900.*

— Pathogénie et traitement de la tumeur lacr. *Clinique opht., 25 août 1901.*

— Sur l'extirpation du sac lacrymal. *Soc. d'opht. de Paris, 9 janv. 1906.*

Lagrange. — *Congrès international de Rome, 1894.*

— Mémoire à l'Académie de médecine, *7 avr. 1895.*

Lagrange et Mazet. — *Recueil d'ophtalmologie, 1893.*

Lannelongue. — *Académie de médecine, 7 juil. 1891.*

Levinçon. — Etude sur les maladies des voies lacrymales. *Th. Paris, 1893.*

Mazet (C.). — Empyème du sac lacrymal. *Th. Paris, 1895.*

Mercanti. — Contributo alla etiologia della dacryocystite dei neonati. *Ann. di ottalmologia, XXI, 1892.*

Morax. — Recherches bactériologiques sur l'étude des conjonctivites aiguës. *Th. Paris, 1894.*

Nélaton. — *Pathologie chirurgicale, t. III.*

Panas. — *Traité des maladies des yeux, 1894.*

Parinaud. — Péricystite lacrymale. *Annales d'oculistique, mai 1891.*

— De la conjonctivite à streptocoques. *Ann. d'oc., 1892.*

Poirier, Charpy, Cunéo. — *Traité d'anatomie humaine.*

Roche (Louis). — La péricystite lacrymale. *Th. Paris, 1902.*

Rochon-Duvigneaud. — *Archives d'ophtalmologie, 1900.*

Rollet. — La tumeur prélacrymale et son traitement. *Lyon médical, 4 févr. 1900.*

— *Annales d'oculistique, mai 1900.*

— De l'extirpation du sac lacrymal. *Lyon médical, 2 mai 1897.*

Roques. — L'ectropion non cicatriciel. *Th. Paris, 1896.*

Sattler. — Bericht über die Versammlung der opht. *Gesellschaft Stuttg., 1885, XVII, 18-29.*

Tartuferi. — *Archives d'ophtalm., 1902.*

Tavernier. — *Thèse Paris, 1897.*

Terrien. — *Chirurgie de l'œil.*

Terson. — *Journal des praticiens, n° 24, 1898.*

— *Chirurgie oculaire. Paris, 1901.*

Terson (A.). — L'ablation des glandes lacrymales palpébrales. *Th. Paris, 1892.*

— *Soc. d'ophtalm. de Paris, 1er juin 1897.*

Testut. — *Traité d'anatomie humaine.*

Tillaux. — *Traité d'anatomie topographique.*

Trousseau. — *Clinique médicale, t. II, p. 339.*

— *Union médicale, 1885.*

Truc, Valde et Frenkel. — *Nouveaux éléments d'ophtalmologie.*

Vadon. — De l'extirpation du sac lacrymal dans les dacryocystites. *Th. Lyon, 1897.*

Veillon et Morax. — De la péricystite gangréneuse. *Ann. d'ocul., mars 1900.*

Viciano (J.). — Traitement de la tumeur lacrymale. *La Medicina Valenciana, n° 4, 1901.*

Vincent (J.). — Phlegmon du sac lacrymal ; son diagnostic. *Th Toulouse, juil. 1899.*

Von Hertel. — *Arch. f. ophtalm., 1898.*

Von Mayer (Charlotte). — Etude sur la pathologie de l'appendicite à répétition. *Rev. méd. de la Suisse rom. Lausanne, 1897, XVII.*

Weeks. — The bacillus of acute conjunctival catarrh or « pink eye ». *Arch. of ophtalm., vol. XV, 1886.*

WIDMARK. — Bakteriologische Studien über Dacryocystitis und ulcus serpens corneæ. *Nordiskt medicinskt Ark., Bd Nr 25, 1884.*

— Bakteriologische Studien über Dacryo., Hypopyonkeratitis, Blepharadenitis und phlegmonœse Dacryo. *Hygiea Medicinsk und Farmacevtisk Manadsskrift, Band XLVII, oct. 1885.*

— Weitere Beobachtungen über die Dacryo. und ihre complic. *Hygiea Med. und. Farma Manads., Bd XLIX, febr. 1887.*

— Beitræge zur ophtalmologie. *Leipzig, 1891.*

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Avertissement 7

Considérations préliminaires sur l'anatomie des voies lacrymales 9

Le larmoiement trouble fonctionnel 14

CHAPITRE I. — Considérations générales sur la pathogénie du larmoiement 14

CHAPITRE II. — Larmoiement par parésie des canalicules (larmoiement musculaire parétique) 23

Traitement 27

CHAPITRE III. — Larmoiement par contracture des canalicules (larmoiement musculaire spasmodique) 30

Diagnostic et traitement 35

1° Sténose des points lacrymaux (obs.) ... 43

2° Sténose des canalicules (obs.) 45

3° Sténose de l'embouchure (obs.) 47

CHAPITRE IV. — Larmoiement par obstruction des canalicules 51

1° Obstruction au niveau du confluent (observations) 55

2° Obstruction de l'embouchure (obs.) 58

L'infection des voies lacrymales..... 64
Chapitre I. — Le rétrécissement nasal..... 64
Chapitre II. — La dacryocystite..... 75
Insuffisance de la méthode d'Anel-Bowman (obs.)..... 77
Chapitre III. — Dacryocystite et péricystite..... 82
A. — Exposé de la question..... 82
B. — Critique..... 93
Chapitre IV. — Etiologie microbienne de l'infection lacrymale..... 100
Chapitre V. — Pathogénie de l'infection lacrymale... 106
Formes cliniques..... 118
Chapitre VI. — Méthodes usuelles de traitement..... 121
A. — Procédés conservateurs..... 121
B. —L'occlusion (destruction et extirpation du sac). 124
Insuffisance de l'extirpation (obs.)..... 128
Chapitre VII. — Traitement rationnel de l'infection lacrymale..... 132
A. — Indications qu'il doit remplir..... 132
B. — Manuel opératoire et soins consécutifs..... 134
1° Dacryo-péricystites suppurées aiguës (obs.)..... 142
2° Dacryopéricystites chroniques (obs.).. 151
3° Dacryocystites chroniques (obs.) 152
Chapitre VIII. — Traitement de la fistule lacrymale.. 154
Chapitre IX. — Le larmoiement résiduel (cautérisation de la glande lacrymale accessoire)..... 160
Manuel opératoire..... 164
Conclusions..... 168
Bibliographie..... 172

Imp. de la Faculté de Médecine, Henri Jouve 15, Rue Racine, Paris.